



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA

1

**ASAMBLEA DEL CLAUSTRO
FACULTAD DE MEDICINA**

Sesión del día 6 de mayo de 2004

ACTA N° 8

ASISTEN: **Por el orden docente:** ANGEL GINES, ROSALIA RODRIGUEZ, NORA FERNANDEZ, MARTA ALBERTI, LAURA BETANCOR, DANIEL BORDES, CARMEN CANDREVA, GONZALO ESTAPE, VICTOR SORIA, GONZALO GIAMBRUNO, ANGELA CIRILLO, ROSARIO CAVAGNARO y DEBORAH KESZENMAN.

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

Por el orden estudiantil: GUILLERMO RODRIGUEZ, PABLO BEHEREGARAY, MARIO ROMERO, DAIANA PAULINO, HERNAN CERVETTO, ALEJANDRA NIKICER, VIRGINIA BENEDITTO, DANIEL MARQUEZ, HORACIO AMORIN y ULISES PARADA.

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

(Es la hora 12 y 45)

En la sesión de hoy vamos a tratar, como tema central, los avances que se han dado en docencia en comunidad y dejaremos la media hora final para los Asuntos Entrados.

Queremos informar al Claustro que la semana anterior la Comisión de Masificación y quien les habla tuvimos una entrevista con la señora Decana para profundizar en el tema de la formación por créditos y del tránsito horizontal dentro de las ciencias de la salud, y ver la forma de convocar a toda el Área de la Salud de la Universidad. En dicha entrevista tuvimos la confirmación de ciertas cosas que sospechábamos eran así. Hace un tiempo, la Universidad en su conjunto decidió trabajar por áreas y existe ahora un Área de la Salud, un Área Tecnológica y un Área Artística. Sin embargo, estas se han reunido únicamente cuando se distribuye el presupuesto, donde cada uno va con el cuchillo entre los dientes y saca la tajada que puede. En cuanto a integrar las distintas disciplinas que existen, no ha habido una labor orgánica. Por lo tanto, cuando hablamos de llevar al Área de la Salud nuestras inquietudes, estamos hablando de algo que prácticamente no existe.

Informamos a la señora Decana que el año pasado el Orden de Egresados una entrevista había tenido con el Rector Guarga sobre el tema y él había ofrecido convocar a toda el área para tratarlo. A la señora Decana le pareció que eso estaba bien pero entendía que era un tema que había que construir más, de abajo hacia arriba, y se ofreció a ayudarnos. Nos pidió que le mandáramos una nota manifestando nuestro interés de contactarnos con las demás Facultades del Área de la Salud y dijo que iba a canalizar lo antes posible las inquietudes del Claustro. Acordamos que le mandaríamos como insumo el informe de la Comisión de Masificación, para que se viera por dónde viene nuestro planteo.

Para que esto fuera más rápido, convocamos a una reunión de la Mesa del Claustro, que tuvo lugar el jueves pasado, y le enviamos a la señora Decana una carta que dice lo siguiente:

"Tenemos el agrado de hacerle llegar el documento aprobado por la Mesa del Claustro de la Facultad de Medicina, el cual en su carácter de preinforme tiene como cometido el inicio de la discusión acerca del desarrollo de la educación en salud en el pregrado.

"Como ya lo conversáramos con usted, es nuestro interés se proponga en el seno del Área de la Salud este tema.

"Agradeciendo desde ya su disposición, quedamos a sus órdenes para lo que estime pertinente, atentamente,

"Dr. Juan José Di Génova
"Responsable de la Comisión de Masificación.

"Dr. Silvio Ríos
"Presidente de la Asamblea del Claustro".

Enviamos esta nota "ad referendum" del Claustro porque entendíamos que se debía hacer lo antes posible para que el tema empezara a funcionar.

Por otro lado, los Órdenes nos manifestaron que las tres primeras actas ya están para ser aprobadas.

Docencia en Comunidad

Finalizada la discusión sobre masificación en la entrevista con la señora Decana, nos planteó nuevamente el tema de la docencia en comunidad. Le respondimos que el Claustro estaba trabajando sobre un planteo definitivo del Area, que resolvería la Comisión del Consejo. Ella manifestó que el informe de la Comisión del Consejo no había satisfecho —quizá este verbo no sea el más acertado— y que el Claustro debía intervenir en el tema de cómo desarrollar la docencia en comunidad, sobre todo en el área de pregrado. Conversamos esa inquietud en la Mesa y transmitimos esas novedades al profesor Estapé para que por su intermedio las incorporara a la Comisión.

SEÑORA CAVAGNARO.- ¿Cuándo fue la reunión con la señora Decana?

SEÑOR PRESIDENTE.- El jueves pasado.

SEÑORA CAVAGNARO.- Lo pregunto porque quiero aclarar que el informe de la Comisión quedó listo recién hace cuarenta y ocho horas.

SEÑOR GIAMBRUNO.- A lo que hizo referencia el señor Presidente fue al informe preliminar. O sea que en este tema hubo como dos tiempos.

SEÑOR PRESIDENTE.- Nosotros nos referíamos al preinforme de la Comisión del Consejo. De todas formas, para entrar en el tema damos la palabra al bachiller Romero para



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA

3

que haga el informe correspondiente.

SEÑOR ROMERO.- En realidad la Comisión tomó conocimiento del informe el mismo día de la reunión, por lo que todavía no lo hemos podido digerir. En cuanto a la reunión con los cuatro Grado 4 que están dirigiendo el Departamento de Comunidad, esta quedó fijada para el próximo martes. La idea es conversar sobre qué va a pasar ahora con la docencia en comunidad. Además, si este Claustro está de acuerdo con lo resuelto por la Comisión con respecto a la inserción del estudiante y el trabajo en comunidad, dicha reunión serviría también para analizar cómo se va a implementar esto que proponemos. Por lo tanto, lo que queda es llegar a un acuerdo con respecto al informe. De esa manera, la Comisión podría pasar a otra etapa de trabajo.

Este informe muestra lo que hemos venido trabajando, basándonos en definiciones de Claustros anteriores como los lineamientos generales y el perfil del médico, así como los objetivos de aprendizaje que tiene el curso de comunidad de CICLIPA II y CICLIPA III. En base a eso nos planteamos que la inserción se tiene que hacer mucho antes y definimos objetivos para una etapa preclínica y para una etapa clínica. La gran diferencia la constituyen las actividades que tiene que desarrollar el estudiante en esas etapas: en la preclínica se relaciona con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad; en la clínica se agregan las actividades de curación y de rehabilitación. Lo más complicado es la implementación. Tratamos de dejar todo esto bien claro en el informe porque había algunas dudas sobre si debía darse una inserción temprana en la comunidad y si esta debía ser continua. Eso es lo que hay que definir ahora y hay argumentaciones para hacerlo, como también las hubo en los Claustros anteriores.

SEÑORA CAVAGNARO.- Nos parece importante —lo discutimos mucho en la Comisión— que la inserción se dé al inicio de la carrera y no al final porque, si la Facultad define que el médico que queremos formar tiene que poder hacer su trabajo pensando en la salud como un todo —prevención, promoción, asistencia, rehabilitación, etc.— y deja la comunidad para el final, es algo que no se va a ver. Evidentemente, la Facultad no le está dando la prioridad que se supone debería darle, de acuerdo a definiciones anteriores que se dieron en el perfil del médico y en los lineamientos generales del Plan de Estudios, donde se establece que hay que dar prioridad a la atención primaria de la salud. Sin embargo, dicha atención no es solo el primer nivel de atención sino que incluye el trabajo con la comunidad, y si uno no está en contacto con ella es imposible poder aprender a hacerlo. Si vemos los objetivos que se plantea el Departamento de Comunidad, allí se establece lo que el estudiante debe hacer en el primer nivel de atención —cómo tratar las enfermedades prevalentes o cómo controlar al niño sano— y eso lo puede aprender cuando llega a Pediatría, pero lo demás sí puede conocerlo desde antes. De lo contrario, todo el aprendizaje va a quedar en los últimos años de la carrera. Si la Facultad considera que eso debe ser así, como lo establece el perfil del médico del año 1995, debemos dar al estudiante las herramientas desde su ingreso. De lo contrario, no estaríamos dándole al tema el valor que se supone debemos darle. Si dejamos esto para el final, el estudiante se va a concentrar en el primer nivel de atención y no tanto en el resto de la atención primaria de la salud.

Otra cosa importante —no sé si quedó claro en el informe— es que los estudiantes deberían estar en el mismo lugar de trabajo durante toda la carrera. De esa forma podrán aprender y conocer a la población con la que están trabajando, esto es, las comisiones de salud, las instituciones, etc. para poder así realizar una labor productiva. Si uno cambia de lugar, cada vez que se empieza hay que hacer todo el aprendizaje, lo que requiere mayor trabajo de adaptación por parte del estudiante. Para poder desarrollar un programa de atención primaria de la salud hay que conocer el lugar donde se trabaja lo mejor posible. Con el hecho de que los estudiantes de los primeros años trabajen con los de los últimos se facilita ese conocimiento para todos, porque se van readecuando los diagnósticos que son imprescindibles para poder

hacer las intervenciones. De esa forma cumplirán las tareas asistenciales aunque también deberán realizar acciones de prevención.

SEÑOR ESTAPÉ.- Este es un informe muy escueto y constituye la síntesis de lo que hemos venido hablando en Claustros anteriores. La primera parte es una fundamentación de documentos que ya han sido aprobados por este Cuerpo, que sirve de base para lo que viene. Hicimos un resumen de los objetivos, que en parte están dentro del marco teórico del programa de salud pública del Ciclo Básico y en parte en el informe de 1999, que es muy completo. Esto es lo que nos interesaría que todo el mundo se enterara y, si fuera posible, se aprobara, ya que es el punto de partida de la estrategia que seguimos.

La Comisión del Consejo ya hizo un informe muy completo que hoy vamos a dar a conocer a la Comisión del Claustro. Antes queremos hablar con las cuatro personas que están dirigiendo en este momento el Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria, al haber cesado el doctor Bielli. Nos vamos a reunir con ellos una vez que el Claustro, si está de acuerdo, apruebe estos objetivos, y para la próxima sesión traeremos más elaborada la parte de instrumentación. Aquí pusimos todo lo que aspiramos, como por ejemplo que la inserción del estudiante debe ser más precoz. Sin embargo, somos conscientes de que si hoy por hoy insertamos a los estudiantes en la comunidad, estos pasarán de casi mil a más de tres mil. Eso significaría un cambio de estructura del Departamento, más cantidad de docentes y otras cosas que todavía no conocemos bien. Sabemos que este Departamento tiene de por sí una cantidad de docentes muy importante y quizá necesitaría muchos más, ya que sería el Departamento más importante de toda la Facultad de Medicina desde el momento en que tendría una inserción precoz y la mayor cantidad de estudiantes.

Trajimos hoy este documento, que es muy corto y se puede leer rápidamente. Si el Claustro está de acuerdo con los objetivos que allí se mencionan, la semana que viene nos reuniremos con los coordinadores del Departamento para ver qué dificultades existen, qué cantidad de docentes y cuántos cargos vacantes hay, porque tenemos idea de que hay una gran cantidad de cargos que hay que llamar ya, incluso para atender a los dos ciclos que funcionan ahora. Ni qué hablar si aspiramos a insertar a los estudiantes más precozmente. De esa forma, para el Claustro que viene traeremos cosas más concretas sobre instrumentación, docentes, etc.

SEÑOR GIAMBRUNO.- La clave es este concepto de inserción del estudiante, ya que ahora estamos hablando de un tema teórico en el primer año y luego la inserción en el sexto o séptimo año. Lo que pide la Comisión es que eso se cambie este año, pero sí el que viene. También es importante lo que decía la doctora Cavagnaro en cuanto a que el trabajo sea continuo en la misma área, para que el estudiante no tenga que estar siempre empezando. Pienso que esto último habría que agregarlo al informe para que quedara más claro.

SEÑORA CAVAGNARO.- En el informe se dice que la actividad docente estará a cargo de docentes del Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria pero también de otros Departamentos. Eso se hará a través de las pasantías que ya existen pero también con otros docentes, en la medida que lo requieran. Por ejemplo, si en un área se está trabajando un tema relacionado con la parasitología, la Cátedra deberá participar aunque no sea de forma permanente. Hay temas donde toda la Facultad debe participar, en la medida en que estos lo requieran.

Por otra parte, además de los docentes de la Facultad, pensamos que los residentes de Medicina Familiar como los técnicos de los servicios de salud pueden actuar conjuntamente como docentes honorarios, ya que hay trabajos que requieren de los médicos y técnicos de los lugares en los que estamos insertos. Es importante que la Facultad pueda definir esto.



SEÑOR ROMERO.- De entrada, en el módulo de salud pública del Ciclo Básico, ese curso se hace en el Departamento de Medicina Preventiva y Social.

SEÑOR ESTAPÉ.- Quiero aclarar que en la frase que dice: "Consideramos como ideal la formación de **equipos de estudiantes que se encuentren en los diferentes ciclos**, insertos en un área de trabajo que se mantenga durante los años de la carrera y coordinados por docentes". Quiere decir que el equipo actuará en esa área durante todo el pasaje de su carrera. Si no está claro se podría agregar "en una misma área".

SEÑOR CESIO.- Tengo una pequeña duda sobre si es conveniente estar en una misma área durante tanto tiempo de la formación. Mi cuestionamiento es: ¿estoy formando un profesional para el área del Cerro? Es cierto que estar en ese lugar va a posibilitar conocer a la gente y tener un acceso importante a la información, pero no debemos hipertrofiar eso. Hay que mostrar otras realidades porque no es lo mismo el área periférica rural de Montevideo la de una ciudad del interior.

Es fundamental la formación de los equipos ya que en la formación del estudiante en escalera es muy importante la transmisión del conocimiento no solo hacia ese estudiante sino también entre ellos.

Por otro lado, cuando se habla de la instrumentación y de los centros de salud se menciona a modo de ejemplo la posibilidad de utilización de otros recursos, en base a convenios con otras instituciones. Sin embargo, en la enumeración solo se mencionan instituciones de tipo público. Habría que agregar instituciones privadas ya que, sobre todo en el interior rural, hay muy buenos ejemplos donde lo público y lo privado funcionan juntos y muy bien. Además, arrimar el área privada a este proyecto puede ir en la idea de cambio del sistema sanitario.

Por último, no olvidemos que hay un interior. Me da la sensación de que todo esto está armado para un área metropolitana. El interior del país puede aportar mucho a este tipo de aprendizaje y enseñanza, aun en términos de pasantías. También el interior rural es muy rico en la formación de este tipo de asistencias, ya que hay muchas poblaciones donde uno o dos médicos son los responsables de la asistencia en comunidad. Por lo tanto, el contacto de los estudiantes con esa realidad sería muy bueno.

SEÑOR DI GÉNOVA.- Incluso sería muy bueno hasta para los médicos.

SEÑOR PRESIDENTE.- La intervención del doctor Cesio ya inicia el debate sobre el documento. Yo quiero referirme a algo previo. Las consideraciones sobre el perfil, la estrategia de atención y los objetivos del aprendizaje ya han sido aprobadas. El tema está en la inserción del estudiante, que es el aspecto controvertido. De pronto, en una Facultad llena de problemas económicos la táctica sería consolidar el Departamento acotado a lo que hay en estos momentos. Sin embargo, la aspiración del Claustro es otra, porque estamos hablando de una inserción precoz y permanente del estudiante, y eso ya fue aprobado por el Cuerpo en los lineamientos.

Lo que no he visto en este documento es, en ese extenso período de todo el ESFUNO y el área preclínica, cómo las disciplinas que trabajan en esa etapa van a dar respuesta a esta inquietud. Nosotros estimamos necesario para la formación del estudiante el contacto con la comunidad. Hay que tener en cuenta que el estudiante va a seguir haciendo su formación curricular normal. ¿Cómo hacemos para vincularlo con la comunidad?

En cuanto a la aprobación de este documento, quizá hoy podríamos llegar a grandes

consensos, sin votación, hasta que los compañeros puedan tener ese contacto necesario para resolver el tema este año. Así podremos tomar una resolución que será un escalón para el futuro.

SEÑOR ESTAPÉ.- Ya dije que traemos aquí los antecedentes, que ya fueron votados por otros Claustros, y los objetivos, por si hay algún Claustrista que quiera rever estas cosas. El Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria fue aprobado, pero como hay gente que no está de acuerdo con su actual estructura, que no ha llamado a concurso porque no están de acuerdo con los cargos que están vacantes, queríamos ver si el Claustro estaba de acuerdo con lo ya aprobado o si lo quiere rever. La instrumentación va a depender de muchas cosas. Primero, de cómo quede el Departamento en este momento. Segundo, de la capacidad económica de la Facultad para nombrar una cantidad de docentes más. Tercero, si nosotros vamos a actuar de forma gradualista, debemos ver si el año que viene queremos que en lugar de ser el CICLIPA II y el III, sea el CICLIPA I, el II y el III, o si a partir del primer año los estudiantes van a ir a la comunidad. Nos pareció demasiado ambicioso plantear todo eso hoy porque todavía no escuchamos a quienes están a cargo de dicho Departamento. De pronto les tiramos con un gran proyecto y ellos lo eliminan a los dos minutos por imposible.

Por eso en la instrumentación lo único que pusimos fue la aspiración de que los estudiantes vayan antes a la comunidad y cómo eso se podría hacer. Nos quedamos en ese nivel hasta que tengamos información directa y leamos el documento elevado, que es muy grueso y consta de dos opiniones. Después podremos afinar un poco más el tema. No quisimos pasar de esta etapa porque a lo mejor tenemos que volver atrás.

SEÑOR PRESIDENTE.- Mi intervención no se opone a lo que manifiesta el doctor Estapé.

SEÑOR CERVETTO.- Con respecto a la posibilidad de que el Departamento reciba más estudiantes quiero decir que este año recibió doscientos más y se llegó a decir que quizá no se podrían dictar los cursos. No lo dijeron directamente pero manifestaron que iban a ver bien las listas porque no sabían si podrían llevar adelante los cursos. Por eso no sé hasta dónde es posible hacer eso.

SEÑOR GIAMBRUNO.- ¿Cómo surge esa afirmación? Lo pregunto porque no creo que ahora eso sea el problema mayor. El problema grande lo podíamos tener hasta el 2001.

SEÑOR CERVETTO.- Lo que se nos planteó fue que con estos números los cursos no eran viables. No lo dijeron como algo definitivo pero sí hicieron ver que habría grandes dificultades para llevar adelante un curso con doscientas personas más.

SEÑORA FOREN LOTUFFO.- Quiero decir algo sobre la permanencia del estudiante en un mismo lugar. Mi experiencia personal en el trabajo en comunidad es que la estabilidad es fundamental, porque se fortifica mucho la relación del médico con el paciente y su familia. Si uno cambia de una comunidad a otra, siempre se está reinsertando en otro medio. El hecho de conocer a la gente y ganarse su confianza lleva tiempo, y la continuidad es básica para lograr eso. Es un trabajo que implica permanencia en el lugar, por respeto al usuario y porque así la relación médico-paciente se va haciendo cada vez más fluida.

SEÑOR CESIO.- Eso está claro. Mi temor es que ello se hipertrofie y que, así como criticamos que la gente salga con una visión hospitalaria de la medicina, el estudiante salga con una visión únicamente del barrio, cuando hay otras realidades que tiene que conocer.

SEÑORA FOREN LOTUFFO.- Hay que tener en cuenta que esto se haría una vez por



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA

7

semana o quincenalmente y luego el estudiante tendría otras actividades.

SEÑORA CAVAGNARO.- Lo que sí se puede definir ahora es la discusión política de qué es lo que quiere la Facultad. Los aspectos prácticos se pueden determinar más adelante, con todos los datos sobre la mesa, viendo de dónde van a salir los recursos y si esto se hará este año o dentro de diez. Pero hay que definir desde el punto de vista político qué es lo que quiere hacer la Facultad con sus estudiantes y lo que estos tienen que aprender en el ámbito comunitario —si es que tienen que aprender algo—; y si tienen que conocer otras cosas, también deben plantearlo. La Comisión quiere que esto se defina hoy, independientemente de la instrumentación. El problema tiene que ver no solo con la cantidad de estudiantes que están llegando hoy al CICLIPA II sino con el hecho de que en este momento el Departamento de Comunidad tiene un montón de cargos que están vacantes. Es por eso que la llegada de más estudiantes le va a dar más trabajo, pero nosotros no podemos quedarnos en esa discusión aislada. Esa es una discusión que tiene que dar el Consejo, esto es, cómo instrumentar la política de esta Facultad. La tarea del Claustro es definir qué queremos que hagan los estudiantes, qué señales les damos y si tenemos posibilidades de llegar a ese ideal. Luego de decidir eso veremos qué pasos habrá que dar. Algunos pueden ser a nivel de convenios con centros de salud, ya que la Facultad tiene residentes y posgrados en algunos lugares que son privados.

Lo del interior del país es todo un tema y la Facultad debe tener allí mucha más participación. En lo que es la etapa clínica el estudiante debería conocer todo el interior, no solo en la enseñanza del ámbito comunitario sino en el hospitalario. Aquí no se habla si es en el interior o en Montevideo. Nosotros queremos que se discuta si tiene que haber o no aprendizaje en el ámbito extrahospitalario en la comunidad y de qué manera. Si la Facultad está participando en el interior, el aprendizaje de los estudiantes será en ese lugar, pero puede serlo durante toda la carrera y no solo en el ámbito comunitario. Con esto estamos diciendo que los estudiantes puedan realizar ese aprendizaje poco a poco.

¿Por qué decimos que tiene que ser en un mismo lugar? El hecho de conocer una zona le lleva mucho tiempo al estudiante, porque no va a estar allí todos los días sino que irá una vez por semana o cada quince días. Eso lleva un tiempo de aprendizaje que, cuando lo cambian de lugar, deberá empezar nuevamente. Para poder planificar con la gente, construir un plan de trabajo en salud en un área y llevarlo adelante hay que disponer de mucho tiempo. Incluso el informe plantea en uno de los ítems que la permanencia de los docentes en cada lugar no puede ser menor a tres años. No se habla de los pasantes, pero los demás no pueden estar cambiando de lugar porque cada cambio implica volver a adquirir conocimientos. Más allá del respeto por la comunidad, es muy difícil llevar adelante un trabajo de este tipo en un lugar desconocido. Lo que haríamos con eso sería generar más dificultades para el estudiante.

SEÑORA FOREN LOTUFFO.- Yo trabajo en una policlínica municipal con un sistema de becarios que van cambiando todos los años. Eso genera una sensación de pérdida, tanto para los usuarios como para el equipo. Esa rotación no es buena para el trabajo comunitario, que es diferente al hospitalario.

SEÑORA KESZENMAN.- Para que la discusión pueda avanzar, hoy se debe tomar posición por lo menos con un aspecto del informe, que es si el estudiante debe ir a la comunidad desde el comienzo de la carrera o más adelante, si lo debe hacer de forma continua o como pasantías. Mi opinión es que el estudiante debe comenzar su carrera en comunidad y hacer trabajo comunitario desde el inicio. Además, ese trabajo debe ser continuo a lo largo de toda su formación. También, como sugieren los compañeros con experiencia en ese campo, creo que es bueno que el trabajo se haga en el mismo lugar, ya que de lo contrario, dada la frecuencia con que los estudiantes irán a la comunidad en el inicio, que es baja, no les va a dar el tiempo para conocer el lugar. Si están rotando año a año, les va a ser difícil alcanzar algunos de los

objetivos que se plantean.

Debemos ponernos de acuerdo en eso y dar a la Comisión la posibilidad de seguir con la próxima etapa, que es la instrumentación, porque me parece muy difícil que puedan trabajar en eso si no saben si el estudiante se va a insertar al comienzo de la carrera o no, o si lo hará en forma de pasantías, etc.

SEÑOR ROMERO.- En cuanto a lo que se habla de conocer la comunidad donde uno está inserto, aquí no se trata de conocer a un vecino o a otro. De lo que hablamos es de conocer los problemas de salud de una comunidad de forma sistematizada y para eso hay guías prácticas. Ahora, si no las tenemos, la interpretación de los datos se complica. Y tampoco se va a poder lograr la implementación de los planes de salud para solucionar esos problemas. La continuidad es más que nada en los objetivos, y es allí que debe darse la participación de los estudiantes en la comunidad. A veces se habla de ir a la comunidad para conocer el barrio y se pierde de vista que uno está allí aprendiendo. Entonces, si uno se cambia de zona, se está saltando pasos que debe cumplir para aprender todo lo que se desarrolla en los objetivos.

SEÑOR GIAMBRUNO.- El hecho de que un estudiante de segundo año vaya cuatro horas por semana para cumplir un ciclo con un equipo estable de docentes que interactúan con la población externa, con el centro barrial, con la escuela o con el gimnasio permite hacer un ejercicio mental. La mayoría de nosotros somos docentes o egresados que estamos acostumbrados a picotear. Podemos llegar a absorber elementos nuevos porque tenemos una metodología que nos permite adquirirlos, pero el estudiante debe recibir las herramientas, que son las metodologías clínicas, los estudios de comparación, de presentación y de síntesis de los resultados. A eso iba cuando hablé de estabilidad.

Este es un tema que se va capitalizando y eso se ve con el número de estudiantes y de internos. Es como una bola de nieve y la gente se va dando cuenta de que la atención a la prevención es importante. Es gente ya formada que va a colaborar. Hay distintas posibilidades porque un estudiante, por ejemplo, no va a trabajar solo sino que va a estar con el residente o con el Grado 2 y va a interactuar en los seminarios con el Grado 3 o con el Grado 4. Eso es fundamental.

Nosotros estamos en sexto. ¿Qué hacemos con este tema? ¿Empezamos a bajar por todos los años hasta primero? En los años 2002 y 2003 este tema insumió casi el 50% del trabajo del Claustro. Lo que podemos hacer es poner a ese grupo nuevo, que ya hizo el primer año y que ahora está en este segundo que es un híbrido, en contacto con la comunidad, mientras buscamos los recursos. Lo que planteó el estudiante Cervetto es un problema de instrumentación, pero hay que saber cómo cambiar con lo que tenemos. Ese es un problema que no vamos a resolver hoy y desde el punto de vista práctico eso es brutal.

Recuerdo que la doctora Ferrari, cuando se postuló para Decana, hizo una visita al Claustro pasado y utilizó una frase que decía que, dada la cantidad de estudiantes en el Ciclo Básico, estos se podían manejar como animales. Por eso debemos tener en cuenta qué queremos hacer, pero también contar con una dosis de realidad para hacerlo bien, porque esto no puede fracasar.

Por último, debemos pensar en cómo hacemos para incluir esto en la integración docente asistencial, esto es, la parte clínica con la básica. Es un tema que estuvo en la vuelta el año pasado y que hemos conversado con mucha gente, pero desde el punto de vista práctico nunca llegó el momento de concretarlo.



SEÑOR GINÉS.- Este informe me parece muy útil, ya que es un corte de la situación actual, recoge los esfuerzos que desde hace años se vienen haciendo en la Facultad de Medicina y agrega algunas cosas que son oportunas.

El primer tema central está incluido en el capítulo "Dificultades". Estamos frente a algo que supone un cambio muy complejo y difícil de llevar adelante como es terminar con una forma de ejercer la medicina y su docencia para crear otra totalmente nueva, de la que no existe un modelo para copiar. Es un cambio de mentalidad grande y, mirando la historia, me parece que en la Facultad se viene dando, con momentos mejores y otros peores, y creo que los esfuerzos no han sido en vano. Ese cambio de mentalidad —por lo menos en sus aspectos muy importantes— ha ido ganando a los médicos y a los docentes, aunque con zonas heterogéneas.

El otro punto importante es que esto, además de un cambio de mentalidad, supone un cambio en el sistema de salud y eso será una interacción dialéctica que estará permanentemente presente. Vamos a avanzar en esto en la medida que haya servicios comunitarios que sirvan de modelo, pero no los vamos a poder construir si desde la formación no se hace un cambio. Es un proceso que tendrá dificultades por la mentalidad de los docentes y por la forma como están estructurados los sistemas de salud.

Donde más fuerte debe ser el cambio de mentalidad es en el sector docente, que es clave. Me refiero a un cambio de mentalidad en relación con la enseñanza de los básicos. El docente básico de medicina debe tener esta concepción de la salud muy bien incorporada porque, de lo contrario, va a pasar lo que sucedió en la historia previa. Me refiero a que cuando se hacen estructura y funciones, el registro de la actividad integral en la comunidad está ausente, cuando debería estar presente en el propio docente. Esto no quiere decir que él vaya a llegar a la comunidad, pero en ese momento pasa a ser un docente de mayor prestigio. Hay un montón de temas que pueden abrirse no a la actividad comunitaria sino a una reformulación que amplíe esa perspectiva.

Por ejemplo, no puede ser que nosotros demos aparato reproductor y los sectores especializados de la Facultad no estén hablando paralelamente de los temas de la sexualidad. Esa debe ser una preocupación del docente básico y del docente clínico especializado. La primera dificultad fue haber hecho una primera zambullida biopsicosocial de la comunidad en el Básico, durante tres o cuatro años, y luego interrumpir eso. Hay que asegurar la continuidad de la formación en los temas de la comunidad, para que no haya un hiato. Es cierto que esto es fácil de decir pero es más difícil saber cómo lo vamos a hacer.

La formación abierta debe ser dada desde el inicio y sin interrupciones en la formación del médico y en la educación continua. Es algo que trasciende al pregrado y constituye un elemento clave para producir el cambio. Eso se puede hacer el año que viene o dentro de dos años, pero lo que hay que tener claro es que ese es el rumbo. Algunos docentes que son básicos o especialistas se integrarán para acelerar este proceso. ¡Bienvenidos!

Por otro lado, este proceso debe ser inicial. Tanto es así que el estudiante que va a elegir Medicina debe saber que no solo va a ser un crack haciendo trasplantes sino que de entrada va a tener actividades que son centrales y que incluyen ese contacto con la gente. Eso hace que la Medicina se reubique como un arte donde la habilidad comunicativa y el contacto con la gente es algo central.

Es un cambio a todo lo que hicimos durante quince años. ¿Cómo hacerlo? Eso ya es más difícil. Es verdad que es mejor que una persona que se está formando se integre por un período largo a la experiencia no solo clínica sino humana. Sin embargo, eso va a depender de los Servicios que tengamos. Por ejemplo, en la actividad asistencial en psiquiatría hemos

tratado de correr el perfil hacia la actividad comunitaria. Sin embargo, sigue siendo un trabajo centrado en el hospital psiquiátrico y en el hospital general, que tiene una experiencia en atención primaria. Sin embargo, si uno va a Artigas, el modelo de asistencia de los pacientes es totalmente comunitario. Los pacientes no se internan sino que se tratan a domicilio. Ese tipo de experiencia constituye un hermosísimo modelo donde nosotros tratamos de mandar a nuestros posgrados. Pero todo eso va a depender de las ofertas que haya.

Estas acciones deben ser hechas por todos los docentes de la Facultad, y el Departamento de Comunidad debe definir muy bien cómo afrontar este movimiento que se está generando. Es cierto que la gente que está en un Departamento tiende a pensar que el centro del mundo pasa por ese Departamento, y eso pasa en todos lados. Sin embargo, este tema no se resuelve con un grupo, un programa o un Departamento sino que es un cambio de toda la Facultad. Por eso me cuesta definir algo que tiene que resolver el Consejo. Debemos darle a dicho Cuerpo un contexto que le permita armar un Departamento de Comunidad en función de los objetivos generales que marca el Claustro.

Esto tiene algunos implícitos que en medicina son muy importantes. La actividad de los médicos —como la mayor parte de las actividades humanas— implica una fuerte formación de habilidades en servicios, que se acompaña de docencia especializada en áreas separadas. Hay lugares donde eso se puede hacer, como las clínicas y los Servicios tradicionales de la Facultad de Medicina. El estudiante de medicina, cuando va a ampliar esta formación en los primeros años, debe tener el equivalente a esa formación en servicios. No puede ser que sea simplemente un observador. Debería tener su lugar como practicante durante toda la carrera. En el caso de los de primer año, serían algo como practicantes en educación, pero ese rol debería estar definido. Es cierto que tienen que saber epidemiología y eso se les enseña aquí, pero también tienen que aprender a comunicarse, a detectar los problemas y a estar con la gente. Y eso no se saca de un teórico sino que se aprende hablando con la gente. Este es un tema a pensar por el Claustro.

El informe me parece muy bien, ya que muestra en qué estado está la Facultad. Hay que plantear las definiciones políticas y estratégicas, de instrumentación. El Departamento de Comunidad deberá ajustarse a esos lineamientos, pero determinar cómo se va a lograr eso no me parece que sea nuestra función.

SEÑOR SORIA.- Quiero referirme a algunas cosas que dijo el profesor Ginés. El informe aporta algo que es esencialmente importante, que es el pragmatismo de empezar a abordar este tema. Si queremos avanzar en esto, debemos ser pragmáticos.

En mi opinión, el acento tiene que estar puesto en algunos aspectos. Estuve pensando de qué forma traducir lo que siento con respecto a este tema. Nadie se va a poner a discutir los objetivos, que están perfectamente definidos y son compartidos por todo el mundo. Lo que tenemos que hacer como Claustro tiene que ver con una de las funciones de la Facultad, que es la formación del médico y la importancia de la docencia. La Facultad de Medicina ha formado y está formando médicos siempre en su estilo, que es dentro de los centros hospitalarios.

Por otro lado, cuando hablamos, por ejemplo, de atención primaria de la salud podemos creer que todos nos referimos a lo mismo. Hay un primer aspecto educacional que tiene que ser hecho al interior del cuerpo médico y de los docentes. Este es un tema que implica varias cosas. Primero, aquí hay una función educacional interna, porque hablar de estos temas implica el manejo de un lenguaje técnico, así como lo hay para definir el estado de enfermedad o de salud de un paciente y cuáles son los pasos de diagnóstico. Aquí ese aspecto no está contemplado.



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA**

11

Lo que veo en estas propuestas es que seguimos discutiendo estos temas. Hemos hablando con docentes y el tema se ha bastardizado a extremos tales que la gente cree que el problema de la formación de los médicos en comunidad es determinar si van a una clase en una policlínica o participan de una actividad barrial.

En cuanto a los aspectos instrumentales, no me quiero introducir en ellos pero es cierto que en algún momento los vamos a tener que analizar. Cuando se habla de la posibilidad de interacción con otras instituciones, se mencionan las públicas, pero olvidamos que estamos formando un médico que va a actuar en todo el territorio nacional. El modelo que tenemos en Montevideo y que se está promoviendo es totalmente ciudadano, por más que nos vayamos al límite del departamento. Por lo tanto, la cosa tiene que ser totalmente distinta, y con mi participación lo que busco es poner énfasis en eso.

El informe tiene un aspecto global que es compartido por todos ustedes, pero cuando hablamos de la comunidad no nos referimos a la periferia de Montevideo. Debemos poder formar médicos que sepan actuar en el medio rural y debemos mostrar eso a los estudiantes, porque la gente empieza a estudiar medicina y cree que al otro día va a hacer trasplantes. No es así. Hay otra función. De esto hablamos con el doctor Di Génova en cuanto a montar un observatorio de la salud para que en la propia Facultad se empiece a mostrar una realidad rural del Uruguay. Es interesantísimo. Yo no trabajo en el medio rural pero tengo muchos discípulos en la Facultad y el otro día estuve varias horas con uno de ellos, que trabaja en un lugar totalmente alejado. El me contó su experiencia, que era riquísima.

Por eso, cuando se habla de que la pasantía tiene que hacerse en un mismo sitio —y con esto no quiero en lo más mínimo criticar lo que dijeron los colegas—, creo que debemos preocuparnos esencialmente de que el médico que formemos sepa interactuar en todos los niveles del Uruguay. Nuestro país tiene una población tremendamente importante que vive fuera de las ciudades, y en esos lugares no existen ni siquiera policlínicas.

Debemos ser más precisos en la definición de comunidad. ¿Qué queremos decir cuando hablamos de comunidad? ¿No sería formativo hacer en la Facultad de Medicina una encuesta de los estudiantes que siempre han vivido en la capital y siempre se han asistido en el mutualismo? Eso sería muy útil. Por supuesto que estamos ajustados porque no existe un sistema nacional de salud, pero la Facultad de Medicina debe estar por encima de esas cosas. Debe hacer un plan y apuntar a una formación global, que permita al sujeto trabajar en el mutualismo y en las zonas rurales. La única forma de poder hacerlo es empezar a mostrar ciertas realidades. Por lo tanto, desearía que se fuera más preciso en el concepto de comunidad, para ver hasta dónde alcanza, y que en base a ello se definan estrategias.

No deseo centrar la discusión en si el Departamento va a tener cuatro profesores agregados o dos. ¿Qué va a enseñar ese Departamento cuando hablamos de enseñanza en comunidad? No le vamos a mostrar al estudiante una zona. Lo que pretendemos es educar en una metodología y en una forma en la cual nunca se hizo. Lo sustancial es que el Departamento de Comunidad es un instrumentador de la colaboración de la totalidad del personal docente de la Facultad de Medicina. Si nos centramos en si se va a pasar de cuarenta a sesenta docentes, estaremos cometiendo el mismo error que cuando, en el tema de masificación, se reduce el problema a la cuestión de poner o no un límite al ingreso. Es cierto que hay problemas de instrumentación que apuntan a otra cosa.

Por lo tanto, además de definir del tema, lo importante es que esto se vuelque hacia los docentes de la Facultad de Medicina, porque es ahí donde empezamos a tener carencias. Me gustaría incluso que se hiciera una buena encuesta y tener así un diagnóstico certero de por dónde vamos caminando.

SEÑOR PRESIDENTE.- Está bien claro para todos que una cosa son las líneas estratégicas en comunidad y otra las circunstancias. Sin embargo, también la instrumentación es un problema nuestro, porque nos pidieron determinar la posibilidad de intervenir en ese tema. Tanto es así que la Comisión se va a reunir con los cuatro Grado 4 que están al frente del Departamento.

En cuanto a dónde está el taller de la comunidad, es algo que no hace a la discusión. Hay cantidad de cosas que otorgan ventajas pero para ampliar la visión del tema quizá habrá que hacer pasantías en otros lugares. El problema de la docencia en comunidad se debe a que es muy difícil para el docente tomar este tema. ¿Qué se hace, por ejemplo, en las ciencias básicas del ESFUNO en torno a este tema? No necesariamente se debe ir a la comunidad, pero los docentes que están haciendo estas cosas tendrían que innovar. Hay un programa de comunidad que va desde el principio al fin de la carrera. Hay que ver cómo se expresa. Cuando se está estudiando la anatomía del hombre sano, quizá haya posibilidades de realizar alguna experiencia o taller en lugares donde haya ese tipo de ejemplos, como un gimnasio o un club. Incluso el tiempo que los docentes estén en contacto con la comunidad está claro en los lineamientos. Allí se establece que un tercio del tiempo se debe tener un compromiso mucho mayor, para invertir esa relación de dos tercios en la comunidad y un tercio en el hospital.

En cuanto a la ampliación del taller a todo el país, es algo que no da para discutir, porque las situaciones son distintas y se generan manejos diferentes. Muchas veces el estudiante tiene que salir a trabajar para lograr su inserción laboral en lugares donde no conoce.

También está el tema de la integración básico clínica que se toca y tiene un parentesco con el que estamos tratando. Aquí debe estar presente la comunidad, como un fantasma o un elemento que se pueda analizar, para así facilitar la integración y lograr una concepción más amplia. De ese modo se podrá favorecer un cambio de los valores asistenciales, que es lo que nos da tanto trabajo. Por eso creo que se deben tomar todos estos elementos y que los compañeros que trabajen en la Comisión puedan consensuar sobre ellos.

SEÑOR ESTAPÉ.- El informe buscaba introducir tres conceptos generales. En primer lugar, en el tema de la enseñanza aprendizaje fuera del hospital, todos los objetivos están sintetizados para ver qué se puede hacer. Lo segundo es la precocidad de la inserción y, en tercer término, la continuidad. Si todos estuvieran de acuerdo en esto, podríamos sacar un consenso en el día de hoy.

Por otro lado, ¡jojo con los centros privados! Estoy de acuerdo en que la inserción debe hacerse en esos centros, pero en los lugares donde hay residentes estos atienden la puerta y son considerados mano de obra barata. No hacen atención primaria ni aprendizaje de nada. En los lugares que conozco, el residente está dentro de un centro atendiendo todo el tiempo la carga de consultas, porque el médico rentado de la institución no da abasto.

En cuanto al interior, estoy de acuerdo pero debemos buscar que la Facultad de Medicina tenga otra inserción allí. Hablamos de insertarnos en todo el país y resulta que tenemos unos pocos estudiantes en Salto y otros en Paysandú, mientras que la experiencia de Maldonado fracasó. Sin embargo, en la Facultad hay miles de estudiantes que en un 99,9% están en Montevideo. Debemos habilitar locales en Tacuarembó, en Maldonado o donde sea para que se enseñe medicina en el interior del país.

En lo que hace a las áreas de trabajo, les quiero contar mi experiencia. Estoy en un



centro de salud desde hace treinta y cuatro años. Durante un año atendí solamente adultos mayores y niños, que derivaba porque no los podía atender. Luego de ese tiempo empecé a ver adultos jóvenes que jugaban al fútbol en un club vecino y que venían a consultar por traumatismos y esguinces. Diría que pasé casi dos años yendo todas las semanas para poder empezar a ver a las madres y padres de esos niños o hijos de esos adultos mayores. O sea que la persona demora tres o cuatro años para poder insertarse en el barrio. Son fundamentales las visitadoras sociales y las maestras, que tienen una inserción mucho más rápida que los médicos. Por supuesto que puede haber un médico de gran capacidad y penetración en el barrio, pero uno va entrando en las familias por otras personas como las visitadoras sociales.

Por lo tanto, si estamos todos de acuerdo con los tres conceptos iniciales podemos seguir trabajando en la instrumentación.

SEÑORA CAVAGNARO.- Si definimos esos tres aspectos, tendremos los lineamientos generales. Sin embargo, si luego vemos que el Plan de Estudios va a ser otro, estos lineamientos generales van a cambiar. Debemos tratar de insertarlos en el Plan de Estudios para luego discutir lo más genérico.

SEÑOR DI GÉNOVA.- Veo con gran alegría que hay casi unanimidad en esto y un espíritu de propuesta, ya que se trata de un tema de enorme importancia para todo el Uruguay y para su sistema de salud, y que ese cambio de mentalidad se esté gestando aquí.

Estoy de acuerdo con lo que decía el profesor Soria en cuanto a que es fundamental el cambio de mentalidad a nivel de la comunidad y de los médicos del Uruguay. Tengo en mis manos un documento escrito por un querido compañero y eminente médico, donde se pregunta si la atención primaria en salud es una medicina para pobres. Eso muestra el desconocimiento absoluto de lo que es la atención primaria en salud, y estamos hablando de una persona de enorme conocimiento y calidez humana. Por eso debemos pensar en la importancia de ir haciendo docencia sobre lo que es la atención primaria.

Lo otro es que vamos a formar la mentalidad de nuevos estudiantes, con estos conocimientos, pero para dentro de siete, ocho o diez años. Sin embargo, eso no servirá de nada si no se inserta en un sistema nuevo. Si este sistema de caos de asistencia sigue exactamente igual, todo lo que queramos formar será absolutamente ineficaz, porque se va a trabajar en lugares donde la gente no conoce los beneficios de esa atención y donde trabajan los médicos por pagos del Uruguay. La gente no va a ir porque serán los más desacreditados. Como ciudadanos, como claustristas y como integrantes de la salud debemos impulsar un cambio en el sistema. Eso es tan importante como todo lo demás.

Estoy totalmente de acuerdo con lo que dijeron la doctora Foren Lotuffo y el doctor Cesio. Trabajé treinta y cinco años en atención del primer nivel, cinco de ellos en un pueblo rural donde habíamos dos médicos e íbamos a caballo a ver a los enfermos. Todas esas cosas las tuve que hacer las veinticuatro horas del día, durante los cinco años en los que estuve allí. De ahí pasé a barrios absolutamente distintos como Malvín, Carrasco y Punta Gorda. Sin embargo, la atención primaria es necesaria en esos lugares, aunque sea otra cosa. Uno tiende a pensar que son los barrios marginales los que necesitan esa atención. Es cierto, son los que más la necesitan porque tienen otro grado de exigencia, pero el médico debe conocer tanto unos como otros.

Para conocer una comunidad se necesitan años, porque nos referimos a las enfermedades pero también a la gente, cómo vive, cómo trabaja, cuáles son sus necesidades, etc. Todo eso implica la salud de la gente. Sin embargo, el estudiante tampoco puede estar años en el mismo lugar porque se daría lo que dijo el doctor Cesio: sería un médico del Cerro o de Carrasco. El estudiante tiene que conocer distintos lugares para ver realidades diferentes.

No sé cómo se pueden conciliar esas dos cosas.

SEÑOR BORDES.- Una de las maneras en que podríamos evitar ese problema que menciona el doctor Di Génova es entender que esos estudiantes van a un ámbito comunitario y no al Cerro o a Carrasco. El estudiante va a ir a ese ámbito a aprender estrategias de abordaje para esa comunidad, lo que le permitirá ese aprendizaje. El doctor Di Génova nos mostró que durante muchos años estuvo en una comunidad y luego, por cuestiones laborales, tuvo que injertarse en otra diametralmente opuesta. Sin embargo, él tenía los instrumentos como para abordar ese trabajo, ya que había aprendido a abordar una comunidad desde el punto de vista científico.

Me preocupa lo mismo que el estudiante esté seis años en El Tobogán o que haga un tour por distintas comunidades, porque se puede hacer turismo en comunidades, sin llegar a aprender lo que estas son. Prefiero que esté seis años en El Tobogán aprendiendo estrategias de abordaje en la comunidad y que luego las pueda aplicar allí o donde le toque trabajar.

Lamentablemente en nuestro país el 80% de la población vive en ciudades y pueblos mayores. Solamente el 15% vive en las zonas rurales. En el Euskal Erría hay tantos habitantes como en todo el departamento de Flores. Vamos a tener que formar médicos en comunidades predominantemente citadinas, porque no tenemos más remedio ya que este es el Uruguay que nos toca vivir. Ojalá lo podamos cambiar. Por lo tanto, el docente tendrá que enseñar a su alumno a abordar comunidades tanto citadinas como rurales.

SEÑORA DE LEÓN.- En líneas generales todos estamos de acuerdo en un cambio del sistema de salud, pero este modelo nuevo de enseñanza no lo podemos limitar al hecho de que ese modelo cambie. Debemos empezar a trabajar en esto, y si el sistema sigue en este caos, lo lamento.

No creo que, como manifestó el doctor Di Génova, el médico del primer nivel de atención esté desprestigiado. Quizá es mal remunerado. Es una situación que se debe a la escala de valores que a veces se da en el mismo ambiente médico.

Estoy de acuerdo en que el médico debe saber manejar las distintas comunidades, pero el abordaje no es igual en el área metropolitana que en la rural. No sé si eso se puede arreglar con una sola estrategia. En un pueblo de novecientas personas, como en el que trabajo yo, uno puede ser un mero satélite y no estar integrado a la asistencia de la salud de la comunidad. Uno va nada más que cuando el nene tiene fiebre o le duele la panza. El médico del pueblo es Fulano, y el otro pasa.

Otra cosa que necesitaríamos sería un glosario de términos, porque muchas veces nos preguntamos de qué estamos hablando.

SEÑOR PRESIDENTE.- Propongo que pasemos a votar lo manifestado por el profesor Estapé sobre los tres conceptos.

(Se vota)

—AFIRMATIVA. Unanimidad.

SEÑORA CAVAGNARO.- Quiero informar al Claustro que hoy de tarde y mañana la



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA**

15

Comisión Sectorial de Enseñanza y la Comisión Sectorial de Extensión organizaron una actividad muy interesante sobre la interacción entre la enseñanza y la extensión. Va a participar una docente de la Universidad de Sergipe, en el Nordeste brasileño, que trabaja con la gente del movimiento de los Sin Tierra. Mañana continúa el evento con una presentación de las diferentes áreas, la FEUU y el Programa APEX sobre las formas de trabajo en extensión y enseñanza. En la tarde habrá grupos de discusión. Esto tiene mucho que ver con lo que estamos discutiendo sobre el ámbito comunitario.

SEÑOR PRESIDENTE.- Se levanta la sesión.

(Es la hora 14 y 45)