

# ASAMBLEA DEL CLAUSTRO FACULTAD DE MEDICINA

Sesión del día 3 de junio de 2004

## *ACTA N° 10*

ASISTEN: **Por el orden docente:** Daniel BORDES, Rosario CAVAGNARO, Ecarmen CANDREVA, Patricia CASSINA, Ángela CIRILLO, Gonzalo ESTAPÉ, Nora FERNÁNDEZ, Gonzalo GIAMBRUNO, Deborah KESZENMAN y Rosalía RODRÍGUEZ.

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

**Por el orden estudiantil:** Horacio AMORÍN, Pablo BEHERGARAY, Hernán CERVETTO, Gabriel DOS SANTOS, Daniel MÁRQUEZ, Daiana PAULINO, y Mario ROMERO.

---

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

(Es la hora 12 y 47)

### **Aprobación de Actas Anteriores**

**SEÑOR PRESIDENTE.**- La Comisión asesora aconseja la aprobación de las Actas Nos. 4, 5 y 6.

(Se vota)

—Aprobado.

### **Asuntos Previos**

#### *Descentralización*

**SEÑOR COSIO.**- Se han hecho dos repartidos vinculados a la descentralización. Uno es un avance del informe de la comisión que trabajó en la Asamblea del Claustro anterior, y el otro un documento realizado por mí. Debo aclarar que este documento ya tiene un tiempo, por lo que debe haber algunos datos que puede que no estén actualizados. De todos modos, creo que sigue vigente el concepto general.

#### *Incorporación de la Dra. Ana Dati*

**SEÑOR DI GÉNOVA.**- Debo informar que el Dr. Julio Trostchansky dio un concurso y fue nombrado docente de la Facultad, por lo cual debió cesar como representante de nuestro orden. En su lugar se ha incorporado la Dra. Ana Dati, que lo sustituirá en el año y medio restante, y a quien damos la bienvenida.

### **Informe de Comisiones**

#### *Plan de Estudios y Docencia en la Comunidad*

**SEÑOR PRESIDENTE.**- La Comisión de Plan de Estudios y Docencia en Comunidad tiene que dar el informe de la entrevista que tuvo con el Prof. Bielli.

**SEÑOR ESTAPÉ.-** El Prof. Bielli nos hizo el "racconto" de cómo se originó y en qué se basó el documento presentado, e hizo una serie de comentarios interesantes.

Ellos actuaron tomando todos los documentos que había, previos a la aparición del Departamento, que muchos de nosotros conocemos. En una segunda etapa, se analizaron las evaluaciones de docentes y estudiantes, que eran bastante contradictorias: había informes muy negativos, que recogían quejas, y otros eran conversaciones de corredor. Querían saber datos exactos, por lo cual se hizo una requisita de los informes y se pidió la opinión de todos los estudiantes y docentes acerca de cómo marcha el departamento.

Después se dio una discusión, luego de la cual se llegó a algunas conclusiones. Una de ellas era la necesidad de formar equipos multidisciplinarios permanentes; para eso solicitaron los cargos que están en el informe al alcance de todos ustedes. Ellos pretenden juntar los estudiantes del CICLIPA 2 y 3 porque es la manera de que el personal docente se pueda manejar mejor con los grupos de estudiantes que van a cada uno de los seis lugares.

En este momento tienen pasantes Grado 2 y gente permanente. De los pasantes Grado 2, los que cumplen a satisfacción en forma completa son los de Pediatría, por lo cual están cumpliendo los objetivos sin problemas. Los de Ginecología están yendo sólo los días de policlínica, por lo que van tres veces por semana; no hacen el resto del trabajo con la comunidad, las reuniones con las escuelas y con los grupos de familia. Si bien cumplen todo el año y se hacen las pasantías, no tienen la misma eficiencia que Pediatría. Los de Medicina Interna han ido en alguna oportunidad, pero no con mucha regularidad. No lo toman como un trabajo propio de su formación de Grado 2 ni de la asistencia.

**SEÑORA CAVAGNARO.-** En Medicina Interna pasaba eso cuando los Grado 2 eran rotativos; ahora ya no lo son.

**SEÑOR ESTAPÉ.-** Ellos quieren que, independientemente de la permanencia de la gente que integra el Departamento, todos los Grado 2 de clínica vayan a la comunidad, o sea que siguen existiendo las pasantías. En este momento, no hay mucho acuerdo en que vayan, inclusive entre los profesores. Se considera que es muy importante para su formación. Eso habilitaría a hacer un poco más ricos a los equipos docentes y atender con más eficiencia, no sólo a los estudiantes sino a la comunidad.

Con relación a las tareas comunitarias que no cumplen los ginecólogos -las escuelas, las visitas familiares, etc.-, las están haciendo exclusivamente los pasantes de Pediatría. Los demás no lo hacen.

En cuanto a los Grado 3, la mayoría son del Departamento y van al hospital.

**SEÑORA RODRÍGUEZ.-** ¿Cuánto tiempo van los pasantes?

**SEÑOR ESTAPÉ.-** Un año de tres. Lo toman como beneficioso para su desarrollo. Los otros lo toman como una obligación que les impone el reglamento de la cátedra, y van porque no tienen más remedio. Los de Pediatría lo hacen porque les parece muy útil para su formación como pediatras al hacer allí un año entero de su formación como Grado 2.

Los Grado 3 del Departamento, uno de cada seis días van al hospital. Eso tiene algunos beneficios. En primer lugar, tienen un nexo más firme: el que va cada seis días al mismo hospital, si tiene necesidad de hacer una consulta hospitalaria interna con mucho más facilidad. Y además, participan en ateneos de discusión, donde está la cátedra de Pediatría o de Ginecología.

La primera diferencia que hay en el informe se da ahí. El informe del Prof. Bermúdez considera que los Grado 3 tienen que ser dependientes de las clínicas; el informe en mayoría dice que tienen que ser dependientes del Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria, y que una vez cada seis días tienen que ir al hospital. O sea que la única diferencia de fondo en el informe es si los docentes deben ser propios o dependientes de la clínica.

Ya dije que los Grado 2 de Medicina Interna consideran que tienen que ir; algunos profesores están dispuestos y otros no, pero se está en una etapa voluntarista. Hay profesores que dicen a los Grado 2: "Les conviene ir" y otros que no están de acuerdo. De alguna manera habría que legislarlo con las clínicas médicas para ver cuánto tiempo

tienen que dedicarle. Eso no está discutido, pero es una aspiración del Departamento de Docencia en la Comunidad.

Otro aspecto muy importante es que los estudiantes van en forma muy fragmentada porque durante el CICLIPA 2 tienen que pasar por una cantidad de especialidades. Los que están en cirugía, por ejemplo, van quince días a traumatología y quince días a otorrinolaringología. ¿Qué pasa? Que como eso lo hacen de continuo, de repente desaparecen un mes de la comunidad, y cuando vuelven empiezan de nuevo. Las personas que han sido atendidas por ellos preguntan: “¿Dónde está aquel muchacho que me atendió?”; “Ahora no le toca; le toca dentro de un mes”. Entonces, el sistema pierde confiabilidad entre la gente que se está atendiendo porque los equipos están cambiando todo el tiempo y cada dos o tres meses el estudiante no va durante un mes. Por supuesto que los estudiantes tienen que pasar por las especialidades, pero por ejemplo, a traumatología podrían ir tres veces por semana y los otros días mantener su continuidad en la comunidad.

De las aclaraciones que se hicieron quizá no surja claramente cuáles son las diferencias. Los cargos que ellos piden son para atender la población actual. Hay unos cuantos cargos que no han sido llamados; entre los cargos actuales y los deseados hay una diferencia bastante grande. Ni qué hablar si la Facultad decide mandar a los estudiantes más precozmente, en cuyo caso hay que armar más equipos y hablar con muchos más centros que los seis que están funcionando ahora. El único centro que ellos dicen que tiene todo es el de Saint Bois, que tiene infraestructura para hacer muchas más cosas que las que se hacen en otros centros de Salud Pública. Entonces, depende de la coordinación que haga el Consejo el que los demás centros funcionen igual que el de Saint Bois.

**SEÑORA CANDREVA.-** Él dijo que todo funciona bien en ese lugar porque se estaban integrando nuevas disciplinas como microbiología, para lo que se habría montado un laboratorio en el Saint Bois, donde había un docente de nuestra Facultad.

**SEÑORA FOREN.-** Creo que hay dos situaciones que nos tenemos que plantear. Una es qué vamos a hacer con los que actualmente están cursando CICLIPA 1 y 2, y otra cosa es cuál pensamos como cogobierno que debe ser el nuevo plan de acción.

La entrevista con el Prof. Bielli me generó cuestionamientos. Él decía que los de Ginecología no tienen interés en ir y van dos veces por semana a la policlínica, pero eso es porque desde la clínica no se prioriza una atención primaria a la salud, el primer nivel, el segundo, el tercero, la referencia y la contrarreferencia. También decía que los médicos de Medicina Familiar y Comunitaria tienen que empezar a ir al hospital porque no están preparados para tratar ciertas patologías en el primer nivel. Me pareció una locura. ¡Formamos nuevos técnicos que tienen que salir de la descentralización a la centralización para atender! Creo que es una noria que nunca termina. Se supone que el médico general tiene que salir de la Facultad y tiene que aprender cómo tratar en una policlínica. Entonces, mejoremos esto y veamos cómo salimos. Progresivamente debemos formar un médico que tenga una visión nueva. Creo que son dos caminos que hay que seguir en forma paralela, pero no se pueden mezclar porque de lo contrario no vamos a avanzar.

Cuando decimos que el médico comunitario tiene que ir al hospital para los ateneos, eso tiene que ver con la referencia y la contrarreferencia. No puede ser que un médico que va a trabajar en un primer nivel de atención no se capacite. Se tiene que capacitar exactamente igual.

Entonces, se trata de dos temas separados. Si no los tratamos como separados, vamos a seguir eternamente en la discusión y no los vamos a poder resolver.

**SEÑORA CAVAGNARO.-** No quedó claro por qué tenía que ir el médico de medicina comunitaria al hospital. Él plantea que así como el Grado 3 de Pediatría y el ginecólogo pertenecientes a la clínica deben tener relación con las cátedras correspondientes, el que va a hacer medicina de adultos debe tener relación permanente con la clínica médica por muchas causas, entre otras, porque no es un internista. Él plantea que debe tener más relación que el pediatra. Para mí ese es un problema de matices. Me parece que sí debe tener relación, pero creo que lo que puso fue un ejemplo: para mantener el nivel académico de los docentes en el ámbito comunitario también tienen que mantenerse los conocimientos de medicina; lo mismo lo podemos pensar en Pediatría. Por lo tanto, la

relación del que atiende adultos en la periferia -por lo menos de los Grado 3- con la clínica de Medicina Interna del hospital tiene que ser fluida, igual que con la de Pediatría. Eso fue lo que él trató de explicar; esto fue lo que interpreté de lo que leí y lo que se habló con los docentes sobre ese tema.

Otro punto es el referido al Saint Bois. Es verdad que hay algunos elementos que no existen en otros lugares. En los centros de salud del Ministerio hay laboratorios, hay servicios de radiología, pero la Facultad no ha interrelacionado con el Ministerio en ese campo, cosa que se puede hacer. Tenemos estudiantes de Laboratorio y de Radiología de la Escuela de Tecnología Médica que podrían hacer parte del trabajo fuera del Hospital de Clínicas, en los centros de salud del Ministerio, donde está el material. Eso se podría organizar si tenemos un planteo genérico de que realmente tenemos que hacer el trabajo no sólo en los hospitales sino en los centros de salud periféricos y en la comunidad.

También creo que el hecho de que haya un laboratorio no es determinante en algunas cosas, pero sí en otras. Sí lo es que haya un trabajo fuera del espacio policlínico, sea en un centro de salud o en un hospital. Es muy importante la tarea policlínica para el CICLIPA 2 y 3, pero es muy importante -para mí es casi más importante- la tarea fuera de la policlínica. Policlínica siempre se puede hacer en cualquier parte; el problema es lo que se hace fuera de la policlínica. En los dos últimos años se ha centrado mucho en la policlínica, pero tenemos que enseñar a nuestros estudiantes una cantidad de cosas que no son las que están en la policlínica, sino fuera de ella. Me parece que hay que hacer mucho más de lo que se hace actualmente. Desde años anteriores los estudiantes pueden ir aprendiendo, y cuando llegan a ese momento, ya pueden hacer determinadas cosas. El Prof. Bielli decía: “No pueden hacer domicilios si no van con el docente”. “¿Cómo no van a poder?”. “No se saben relacionar”. Hay cosas que no las va a enseñar un docente, otras que sí. Entonces, el estudiante va a tener mucha más capacitación si aprenden desde el inicio que si no lo hacen. Eso facilita el trabajo.

Con respecto a los docentes propios o dependientes de las clínicas, la discusión se centra entre la posición mayoritaria o minoritaria, pero no de todos los docentes, sino de los Grado 3. El informe del Departamento plantea que el equipo debe estar centrado en el ámbito comunitario, que debe ser bastante fijo, no rotar, y debe poder integrarse al trabajo en un lugar para luego poder seguir trabajando. Si se está cambiando en forma permanente, lo que hacemos es dificultar esa relación. Si cambia uno en un equipo, no pasa nada, pero si cambian todos, es imposible tener un trabajo permanente de relación con la población donde esté inserto. Entonces, me parece muy importante que analicemos por qué se da esta diferencia; de repente este sería uno de los puntos que debería discutir la Asamblea del Claustro. Ya cambian los pediatras y los ginecólogos Grado 2. Desde que se creó el Departamento hasta ahora, los docentes de las clínicas de Medicina Interna no han rotado ni está planteado que roten. Como nosotros hablamos con algunos Grado 5, en alguna medida estarían dispuestos a que sus Grado 2 roten, pero no han ido ni van a ir. Rotaron mientras estuvo vigente el programa Docencia en Comunidad, pero después que se pasó al Departamento, los Grado 2 pasaron a ser del Departamento. Aclaro que son los que enseñan medicina de adultos en el CICLIPA 2; no tienen por qué ser internistas ni Grado 2 de Medicina Interna porque no es ese el perfil. El perfil es de médico de Medicina Familiar y Comunitaria, donde la prioridad es que hayan hecho la residencia en Medicina Familiar y Comunitaria; el concurso es de ese estilo.

En el informe se plantean seis centros, pero en realidad son ocho. El Prof. Bielli nos explicó que en este momento hay centros que sólo tienen Pediatría y Ginecología, y otros que sólo tienen CICLIPA 2. Ese es un problema porque para poder conformar equipos, si uno está en la Ciudad Vieja y otro en el Cerrito de la Victoria o en La Cruz de Carrasco, es imposible que ese equipo funcione. Hay dos alternativas: o trasladar algunos o que en los ocho centros se trate de completar los equipos para que haya de las dos cosas. Hay que buscar uno de esos caminos. Es fundamental que el equipo esté en el mismo lugar para que pueda funcionar.

**SEÑOR GIAMBRUNO.-** Creo que es importante que todos los que no han leído el documento lo hagan porque tenemos hasta el 30 de junio para discutir este tema, buscando un camino más definitivo a plantear al Consejo.

Me queda una duda del informe en minoría del Prof. Bermúdez con relación a si la comunidad es un problema de perfil o de especialidad. El Consejo votó hace tiempo el cambio de nombre del Departamento. Luego de varios informes, volvió al tapete la

importancia de una transición; parecería que no alcanzó desde 1988 hasta ahora para ver el camino definitivo.

Voy a repetir algo que dije en la sesión pasada: durante mucho tiempo la Facultad nombró profesores de Medicina Interna para ver si convencía a los internistas que colaboraran y entendieran este concepto; muchos lo entendieron, pero parece que en Medicina Interna el tema está muy verde todavía. Lo importante es seguir trabajando. Los obstetras también deben convencerse. Ellos también tienen una parte quirúrgica; están de un lado y están del otro. Los que se adaptaron trabajan muy bien en algunos aspectos y complementan con la parte quirúrgica. Creo que habría que seguir insistiendo.

Creo que no tendríamos que seguir considerando esto como una especialidad. No se puede seguir la transición cuando va cambiando el concepto de la medicina, de curativa a preventiva. En Pediatría hace tiempo tienen claro que la prevención es lo principal.

En nuestro informe tendremos que reflejar lo del perfil o la especialidad.

Por otra parte, está la conciencia de los pocos recursos propios que tiene la Facultad, que en estos años no los ha acrecentado; ha podido repuntar poco en cuanto a recursos genuinos. Hemos sido beneficiados por esta onda internacional de la medicina familiar, que creo la Facultad capitalizó bien: la está haciendo más transparente y de acceso equitativo.

Por último, creo que el gran tema que deberíamos poder resolver en el mediano plazo es la mezcla del CICLIPA 2 con el CICLIPA 3. Hay que estudiarlo muy bien porque los del CICLIPA 2 mostraron bien que aparecen y desaparecen, están y no están, por lo que no son interlocutores válidos. Es complejo el concepto. Yo creo que es muy importante un equipo estable.

**SEÑOR PRESIDENTE.-** Nos han informado que este informe entró al Consejo de la Facultad, pero todavía no lo discutió. La misma discusión que estamos haciendo nosotros la tienen que hacer ellos.

El Departamento de Comunidad hizo un llamado para designar cuatro cargos de Grado 2 de Medicina y dos de Ginecología para resolver el CICLIPA 2 y 3. Aparentemente eso estará en el orden del día del próximo Consejo.

**SEÑORA CIRILLO.-** Comparto el informe que hizo el Prof. Estapé sobre lo que discutimos en el seno de la Comisión de Plan de Estudios. También comparto lo que agregaron las doctoras Foren y Cavagnaro.

Quería bajar este problema a tierra porque es complejo. La Dra. Cavagnaro conoce profundamente el tema y para ella es muy claro, pero para muchos otros -para mí en particular- no lo es tanto. Justamente, como es un problema tan complejo, creo que tenemos que ponernos frente a dos situaciones básicas.

La primera es la situación coyuntural. Tenemos dos informes generados por una comisión ad hoc del Consejo: uno en mayoría y otro en minoría. El Consejo pide al Claustro que elabore otro informe con respecto a esos informes y que digamos cuál es nuestra posición. Esa es la situación coyuntural que tenemos que resolver antes del 30 de junio.

La otra es qué quiere plantear el Claustro a propósito del área de Medicina Familiar y Comunitaria. Desde el principio de estas reuniones, empezamos a discutir en la Comisión de Plan de Estudios qué sería lo ideal, a qué aspiramos como Facultad de Medicina en esa área. Obviamente, quedamos interrumpidos por tener que hacer rápidamente este otro informe.

Por tanto, creo que lo importante es ver si todo el Claustro entiende claramente en qué consiste el informe que elevó el Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria a través del Prof. Bielli y el informe en minoría del Prof. Bermúdez. El más extenso y detallado de esos dos informes es el del Prof. Bielli, pero la diferencia más importante y notoria es que uno plantea que los Grado 3 de Medicina Familiar y Comunitaria deben ser parte del equipo docente que funcione a permanencia en los equipos de los centros actuales, o de los 14, 20 o 30 que queramos tener, y el Prof. Bermúdez lo ve como algo con más movilidad. Ese es el punto más crítico.

Después de todo lo que hemos hablado en la Comisión, creo que estas cosas funcionan cuando hay un equipo de trabajo, un equipo de salud consolidado y fuerte que pueda

asumir determinada tarea. La docencia no se improvisa, y si se quieren formar buenos médicos, tiene que haber equipos consolidados. Por eso planteaba que la idea que creo todos compartimos en la Comisión es que es necesario contar con equipos consolidados.

¿Cómo funcionan algunas especialidades? Aparentemente, Pediatría lo hace de una forma más aceptada. Da la impresión de que los pediatras ven que es bueno para su formación una instancia en la comunidad, pero los ginecólogos, como tienen su parte de formación quirúrgica, están un poco divididos. Son aspectos a considerar, pero creo que son matices, que no tienen que ver con el hecho básico y fundamental, que es que la Medicina Familiar y Comunitaria se tiene que desarrollar en ámbitos específicos con equipos docentes estables.

**SEÑORA FOREN.-** Yo no discuto que deba haber un Departamento de Comunidad, una estructura que sea la que gestione y supervise todos los equipos básicos que estén en los centros y las comunidades de barrio en el interior y en Montevideo. El trabajo en equipo es fundamental en todos los ámbitos: desde lo central hasta la descentralización.

No me siento capacitada para definir si los Grado 3 tienen que ser estables o no, pero el meollo del asunto no es ese. Me parece que el tema central es qué debe hacer ese Departamento en la formación del pregrado y el posgrado. Creo que ahí está la diferencia. En una parte del informe, el Prof. Bermúdez dice que el pasaje por el ámbito comunitario debe ser obligatorio, tanto en la formación del médico como de las especialidades básicas: Medicina General, Medicina Interna, Cirugía, Ginecología y Pediatría. Quizá Pediatría tenga eso más incorporado porque el grupo etario está en formación y la presencia es fundamental. Y los Grado 3 que trabajan en las policlínicas municipales durante algo más de un año, que tienen pacientes en Ginecología, se quedan con ganas de seguir trabajando porque establecen un vínculo, una actividad de prevención, referencia, contrarreferencia. Eso se está generando desde la cátedra.

Entonces, más que quién es el Grado 3 aquí o allá, el tema pasa por un cambio del concepto de salud, que no es fácil.

**SEÑORA CAVAGNARO.-** El cambio de mentalidad no lo resolvemos por decreto en el Claustro, en el Consejo ni en ninguna parte.

De lo que dice el Prof. Bermúdez en su informe nos parece importante rescatar que, además de que el Departamento debe tener esas características y esos cargos, tienen que pasar docentes de Medicina Interna, de Ginecología, de Psiquiatría, de Medicina Preventiva y Social y de otras cátedras, incluso de especialidades. Parte de la carga horaria de los Grado 2, en el momento en que lo considere la cátedra, debe cumplirse fuera del ámbito hospitalario y en los centros donde se está desarrollando el programa de Medicina Familiar y Comunitaria.

Nos parece importante rescatar eso, además de lo señalado por la Dra. Foren. Es un tema que hay que jerarquizar. Habría que agregar como un punto central del informe que tiene que haber un cambio de mentalidad y pasantías de los Grado 2 en el espacio comunitario.

**SEÑORA CANDREVA.-** Pensamos que si el Departamento tiene como cometido la enseñanza del pregrado y el posgrado, tiene que organizar las cosas permanentemente e impartir una enseñanza homogénea. Para eso debe tener un equipo de docentes que pertenezcan al departamento y sea la estructura fundamental que discuta cómo, cuánto y qué van a enseñar y qué van a hacer. Si no hay una estructura fija, no se puede llegar a una buena realización de la tarea.

**SEÑOR PRESIDENTE.-** Quisiera saber cuál es la opinión de los estudiantes sobre este tema.

**SEÑOR ROMERO.-** Estamos de acuerdo con la inserción, la continuidad y el cambio de mentalidad. Pero más que discutir si tiene que haber docentes con una estructura fija, estamos discutiendo cómo tendría que ser la implementación. Respecto a eso sí hay cosas para decir. Con respecto a lo otro, tenemos opiniones personales, pero no hemos generado una definición en conjunto.

**SEÑOR PRESIDENTE.-** Vamos a tener que tomar una resolución sobre este tema. La delegación estudiantil, como doliente, como parte activa de todo esto, deberá tener una postura, que deberá procesar a nivel interno.

**SEÑOR ESTAPÉ.-** En este momento tenemos dos aspectos que atender. Uno es urgente, que es el estudio y aprobación del documento, para lo cual nos queda una sesión del Claustro, salvo que se haga una sesión extraordinaria.

Habiendo escuchado las opiniones dadas hoy, la Comisión entiende que se está de acuerdo con lo que se informó. Lo que se dijo aquí es lo que se discutió en la Comisión; hay que llevarlo al papel.

Los documentos se diferencian al final; la primera parte es común. Sobre eso no hay problema porque todos están de acuerdo. Podemos decir que estamos de acuerdo con el documento.

Todo lo que se agregó hoy -la permanencia en la comunidad, incorporar Medicina Preventiva y Social, incorporar Psiquiatría, etc.- lo vamos a poner como la etapa B: "Aspiramos a que a partir del año que viene la inserción sea mejor, participen otras cátedras, que la inserción sea permanente", etc.

Entonces, propongo incorporar este punto en el orden del día de la próxima sesión a efectos de que se apruebe el documento.

**SEÑOR PRESIDENTE.-** Entonces, se encarga a la Comisión que elabore un informe por escrito, en el que incorporen las ideas aquí vertidas, de modo de poder aprobarlo.

**SEÑOR CERVETTO.-** ¿Tienen alguna idea de qué va a pasar con el CICLIPA 2, que sigue sin ir a la comunidad?

**SEÑOR ESTAPÉ.-** Lo que sabemos es que los cuatro Profesores Agregados dijeron que en las condiciones actuales no se puede empezar. El Consejo está haciendo el llamado para la provisión de cargos para que empiece. No sabemos en qué momento va a empezar ni cómo. Si los cargos a los que se llamó son suficientes para empezar, el curso va a empezar, aunque más tarde de lo que debería.

Vamos a afirmar la estructura que ellos piden porque creemos que para la masa actual de estudiantes y de posgrados se necesitan mucho más cargos que los que hay.

**SEÑOR CERVETTO.-** Además del problema docente está el problema administrativo.

**SEÑOR ESTAPÉ.-** Ellos están pidiendo más docentes porque hay desproporción entre educandos y docentes. Este año no hay mucho tiempo para duplicar los centros docentes, por lo menos para equiparlos bien desde el punto de vista docente. Para eso se está haciendo el llamado a provisión de cargos. Quizá con los docentes que se vayan incorporando se pueda empezar el CICLIPA 1 o el CIMI.

Vamos a poner todo lo que aspiramos en la segunda parte del documento.

**SEÑOR MÁRQUEZ.-** Quisiera señalar que el viernes estaremos tratando el tema en nuestro ámbito, por lo cual próximamente tendremos una postura.

### *Masificación*

**SEÑOR PRESIDENTE.-** Hay que informar sobre la entrevista que se tuvo con el Área de la Salud.

La Decana hizo el trámite ante el Área de la Salud y se designó al Decano Maglia como representante de Odontología, a la Lic. Rocha por el Instituto de Enfermería y a la Psic. Cabezas por la Facultad de Psicología. Pudimos coordinar una reunión el pasado jueves con el Decano Maglia; la Lic. Rocha no estaba en el país y la Psic. Cabezas no podía asistir. De todos modos hicimos la reunión porque era una forma de dar movimiento dentro del área que veníamos planteando, pensando que una vez hecha la reunión va a despertar el interés de los demás sectores. Efectivamente fue así, porque la Lic. Rocha y la Psic. Cabezas están dispuestas a reunirse el próximo jueves para avanzar un poco más.

El Dr. Di Génova va a dar el informe de la reunión que tuvimos con el Decano Maglia. La visión de las cosas de la Facultad de Odontología es distinta. Ellos tienen problemas, pero algunos de ellos son diferentes a los nuestros. Pero hay muy buena disposición a tomar el tema y a buscar salidas.

**SEÑOR DI GÉNOVA.-** A esa reunión fuimos el señor Presidente, el Dr. Estapé, el Br. Márquez y quien habla. La reunión con el Dr. Maglia fue muy constructiva y muy

sincera. En esa reunión entramos en conocimiento de algunos datos de la Facultad de Odontología que tienen su importancia.

El Dr. Maglia nos dijo que se reciben entre 120 y 130 estudiantes por año. Tienen una curva descendente en el número de estudiantes que ingresan; el último año ingresaron 284. En total hay alrededor de 1.500 estudiantes, con una buena proporción de estudiantes docentes.

Tienen tres cursos de tecnología -laboratorio dental, asistente de odontología e higienista en odontología-, y una sola especialización, la gerodontología.

En este contexto, encontramos una buena disposición de parte del Decano de estudiar la posibilidad de los posibles pasajes en forma horizontal entre las distintas Facultades. Ellos estaban empezando a estudiar el posible traspaso dentro del área odontológica con los tres cursos de tecnología odontológica, lo cual les daría más posibilidades de estudio, ampliándolo a toda el área de la salud.

Creo que es un muy buen comienzo para largar este tema, que creemos importante y que se ha planteado desde hace mucho tiempo. Veremos después qué ocurre cuando tengamos conversaciones con gente del INDE y la Facultad de Psicología.

**SEÑOR MÁRQUEZ.-** Me pareció importante conocer la carrera de odontología y también expresar la voluntad de crear este lazo y que se dé como un plan de estudios de tronco común.

Ellos tienen cuatro materias básicas, que en general van disminuyendo en horario a medida que avanza la carrera. Muchos estudiantes nos decían que la carrera es muy cara, por lo que hay mucho abandono o cambio hacia carreras técnicas. La mortalidad estudiantil es del 50%.

Hay voluntad de crear un tronco común en el área de la salud y de dar la discusión dentro de la Facultad, en los diferentes órdenes. El orden estudiantil en particular tiene programada una reunión para el martes de la semana que viene. Sí es fundamental una evaluación técnica de la viabilidad del tronco común y de las materias que competen a medicina, odontología y a las demás carreras, así como el sistema de créditos o la forma que se estime pertinente. Esto sería importante para seguir trabajando en la comisión y a nivel del Claustro.

**SEÑOR ESTAPÉ.-** El problema de ellos es mínimo al lado del nuestro. Tienen exactamente el mismo porcentaje de mortandad estudiantil que nosotros: se recibe alrededor del 40%. Cuando ingresó, la generación que se recibe ahora tenía unos 280 alumnos; 130 es menos de la mitad.

Ellos ya tienen resuelta la distribución horizontal. Uno de los cursos es el de mecánico dental, que es una profesión que trabaja mucho. Esta es una manera de insertarse en el medio laboral y, además, es una profesión bastante bien remunerada. Nos contaban de casos de muchachos que se estaban por recibir de odontólogos y que empezaron esta carrera de tecnología.

El problema que nos planteamos nosotros, ellos no se lo habían planteado. Ellos no tienen en el Consejo ni en el Claustro ninguna inquietud de resolver este problema. Nuestra idea es que no es prioritario para ellos tratar el tema. Ellos tienen una Comisión de Seguimiento Curricular a la que le encargarían estudiar este problema del tronco común para el área de la salud.

En Montevideo ellos tienen lugares de atención primaria y de medicina preventiva en los centros hospitalarios, y en 5 departamentos del interior también atienden en hospitales. Todos los años hacen una gira de prevención, a la que van los docentes especializados al interior a identificar lesiones y la parte preventiva. No tienen un centro barrial como podrían tenerlo. Yo les comentaba que en este momento podrían ir a veinte lugares; alcanza con que vaya el odontólogo con una luz y un espejito para diagnosticar todas las caries del barrio; no necesita la infraestructura de un consultorio odontológico. Esa es la inserción que pueden tener una cantidad de muchachos que se reciben.

**SEÑOR PRESIDENTE.-** Una cosa que nos diferencia es que ellos tienen una Comisión de Seguimiento Curricular, que es técnica. En cierta forma, la Comisión de Plan de Estudios de nuestra Asamblea del Claustro es un órgano político: estamos viendo cómo



desarrollar políticas que permitan ser más eficientes en cuanto a la oferta y la demanda que pueda hacer la Universidad.

Nos pareció muy importante que se buscara el fundamento técnico del tronco común. Si bien nosotros estamos viendo los grandes temas políticos, tenemos que tener fundamentos técnicos. Por esta razón, la Comisión de Masificación va a tener que hablar con el Departamento de Educación Médica. Pensamos que hay especialistas en el tema. El propio Prof. Carbajal es un referente en el tema. Habría que conversar con el Departamento para ver si eso es posible y de qué forma.

**SEÑOR DI GÉNOVA.-** Hablando con el Decano Maglia, tuvimos la satisfacción de ver la compenetración que tienen ellos con la prevención en odontología. La prevención quizá sea más importante que los tratamientos. Se hace poca prevención en Uruguay, pero debería hacerse, lo que tendría una enorme influencia en la salud bucal.

Lo otro que señalaba es que la asistencia odontológica llega sólo al 8% o 10% de la población del Uruguay. Solamente cambiando planes, que deben ir junto con los planes de salud global, se podrá revertir esta situación.

**SEÑOR MÁRQUEZ.-** Tuvimos contacto con estudiantes de odontología, y nos mencionaban que tienen un sistema de previnaturas muy estricto, que no es como en Química, que pueden seguir por el tronco. Por más que tienen cuatro áreas básicas, estas tienen que ser aprobadas en su totalidad para pasar a la nueva UDA, Unidad de Aprendizaje. Esto favorecería el tránsito horizontal, porque muchos estudiantes quedan atascados en esas UDA. Entonces, hay una visión muy positiva de los estudiantes de que haya un tronco común.

**SEÑORA CAVAGNARO.-** También trabajamos muy cercanamente a odontología porque pertenece al programa APEX y es una de las gestoras de ese programa. Ayer participé como parte de una delegación del programa APEX en el Consejo de la Facultad de Odontología; nos invitaron para discutir el trabajo de la Facultad en la comunidad y la interrelación entre la Facultad, la comunidad y el programa. De alguna manera, en lo que tiene que ver con el trabajo extramural de la Facultad de Odontología, hay cosas para contar.

Ellos tienen dos centros comunitarios. Uno fue generado por la comunidad -por el Plenario de Comisiones de Fomento y Salud del área del Cerro, que integran más de cien comisiones-, donde trabajan con su policlínica odontológica en el Cerro. En el año 1991 hicieron un diagnóstico de salud del área y dijeron que el problema mayor que tenía la población era la asistencia odontológica. Por lo tanto, crearon un policlínico, coordinaron con la Facultad y consiguieron los sillones. Ellos tienen una Comisión Administradora del policlínico, que va cambiando, que tiene representación en todas las comisiones del Cerro. En ese policlínico trabaja la Facultad de Odontología, además de coordinar con el programa APEX.

Tiene otro centro que generó la Facultad en José Pedro Varela. Además, tiene un trabajo muy importante a nivel de las escuelas, pero no sólo de prevención y promoción de la salud bucal, sino que hicieron un cambio en su modelo de atención en los niños para poder atenderlos directamente en las escuelas. Resolvieron cambios en el alta básica del niño; tuvieron que cambiar su modelo para trabajar en el mismo lugar. Las técnicas de trabajo también las tuvieron que cambiar, porque era imposible llevar a todos los niños; casi el 99% de los niños tenían problemas odontológicos. Era más fácil llevar a los estudiantes y a los docentes a las escuelas que llevar a los niños al policlínico. Tuvieron que cambiar las técnicas y eso fue muy importante y sigue siéndolo. Parte del posgrado de odontopediatría incluye técnicas especiales para la atención en la propia escuela.

También en el interior tienen inserciones, con algo similar al internado.

**SEÑOR BORDES.-** ¿En Facultad de Odontología se ha hecho algún estudio sobre las necesidades sociales de odontólogos que tiene el país? Sabido es que no es lo mismo la cantidad de odontólogos que pueden trabajar en el país que la que necesitamos; habría que saber si la cantidad de odontólogos que hay actualmente se adecua a las que el país precisaría, más allá de los que puedan trabajar.

Por otra parte, ¿se han encontrado las causas de la gran deserción a lo largo de la carrera? Porque esa carrera es bastante más corta que la nuestra, pero en menos tiempo consiguen

matar a la misma cantidad de aspirantes que nosotros. Nosotros hemos tratado de buscar la etiología de esa mortandad.

Por último, quisiera saber si ellos tienen la misma sensación de masificación que tenemos nosotros, habida cuenta de que masificación es un continente chico para un contenido grande o un continente muy, muy chico para un contenido normal.

**SEÑOR DI GÉNOVA.-** No tengo cifras de lo que ellos consideran debe ser el número de odontólogos en Uruguay. Eso no lo conversamos y tampoco lo preguntamos.

El número de estudiantes que ingresa cada año es menor, y se adecua a la proporción de docentes y de la planta física. Aparentemente, ellos no tienen la sensación de masificación que tenemos en la Facultad de Medicina.

Otro dato que se dio fue que en los últimos dos años emigraron de Uruguay el 10% de los odontólogos.

**SEÑOR ROMERO.-** La relación docente-estudiante es de 1-18, cuando lo ideal sería 1-8, por lo que ellos entienden que hay masificación.

**SEÑOR BORDES.-** ¿Por qué pregunté esto? Esa movilización horizontal que estamos tratando de evaluar en el sector salud es, obviamente, para aprovechar los recursos que estamos invirtiendo en nuestros estudiantes, para que no se desperdicien y efectivamente hagan otra carrera y no la de doctor en medicina. Tendríamos que utilizar esos recursos para las carreras de tecnología médica, pero podemos utilizarlos en otras carreras que no estén en la Facultad. Pero imaginen que nos lo plantearan al revés, y por ejemplo, Enfermería nos dijera: "Como nosotros estamos tan llenos, podemos pasarles estudiantes a ustedes". ¡Les pondríamos todos los peros por delante! Al haber una sensación epidérmica de masificación en nuestra Facultad -nunca se estudió la cantidad de médicos socialmente necesaria; más o menos sabemos la cantidad de médicos que pueden conseguir trabajo en un sistema de salud injusto, inhomogéneo, impracticable, como el que tenemos ahora-, si nos preguntaran si podríamos recibir algunos estudiantes más, estoy seguro de que les ladraríamos.

**SEÑOR PRESIDENTE.-** Ya existe un esquema de las necesidades: son cinco médicos por cada licenciada en enfermería. Internacionalmente se considera enfermera a la persona que hace enfermería; aquí se considera a las licenciadas en enfermería. A nivel internacional no se comparan cosas iguales.

Para dar un número estimativo relacionado con la realidad, tiene que haber un país organizado, que obviamente no es el nuestro. Podemos tener una aspiración de un sistema de atención integral, con un modelo preventivo, y eso implica determinada cantidad de recursos para la salud, no sólo de médicos sino también de odontólogos, etc. Pero en un modelo fragmentado como el actual, curativo, que hace que haya un empantanamiento en el mercado de trabajo que se nota muchísimo más en épocas de crisis como las actuales, en la epidermis aparece siempre que estamos llenos de médicos, de enfermeras, etc. y que es una situación trágica. Creo que las cosas no son tan así.

Si hablamos de estos temas, es para buscar salidas para un país diferente. Algún día va a tener que salir de esta situación porque no vamos a vivir de recesión en recesión. Creo que Uruguay históricamente tiene una cantidad de estructuras propias que van a tener que salir a flote algún momento. Habrá más trabajo y la visión será diferente.

De todos modos, en países de economía planificada también se equivocaron.

**SEÑORA DE LEÓN.-** De los datos que dio el Dr. Di Génova, uno puede intuir que se necesitan odontólogos o que hay que organizar el sistema odontológico de otra manera porque la cobertura es muy baja. ¿Cómo la Facultad de Odontología no se puso como meta alcanzar a la mayor parte de la población posible? Me parece que es una visión muy cortoplacista quedarse en el viejo esquema: "Yo tengo una actividad remunerada en forma privada y se terminó el tema". Es difícil creer que un profesional universitario que se forma en una universidad pública salga a poner un almacén, que no quiera llegar a la población sino que la población venga y recurra cuando puede. Hay algo que no está bien.

**SEÑOR DI GÉNOVA.-** Creo que hay formas de mirar las cosas. Una de ellas es que el número de médicos que hay en Uruguay sobra con este sistema que es excluyente. Si

todos tuvieran acceso a la medicina, seguramente el número de médicos necesario sería distinto.

Quería dar un dato que creo es importante que todos conozcamos: en los documentos que vinieron de la convención se dice que para el año 2020 existe la posibilidad de que haya 25.000 médicos en el Uruguay. Este dato es absolutamente erróneo. Nosotros nos hemos preocupado por obtener datos de la Bedelía, de la Caja Profesional y de otros lados para ver cuántos médicos se jubilan anualmente. Hemos sacado la cuenta de que para el año 2020 puede haber 17.000 médicos en el Uruguay, y eso con la esperanza de que ya esté constituido el nuevo sistema de salud en el Uruguay, por lo cual no es tan espantosa la cosa.

En Uruguay, país agropecuario, sobran ingenieros agrónomos; en Uruguay con gente sin casas, sobran arquitectos. Aquí sobran estudiantes, sobran jóvenes, sobra gente, sobra todo. Sobran porque falta de todo. El asunto es ver cuáles son las verdaderas necesidades.

**SEÑORA CAVAGNARO.-** Quisiera señalar algunas cosas. Una tiene que ver con los objetivos de ir a conversar con la Facultad de Odontología. Según lo que yo interpreté, creo que el objetivo no es: "Como tenemos muchos estudiantes acá, vamos a ver si se los pasamos a ellos", sino que tiene más que ver con generar el inicio de una Facultad de Ciencias de la Salud, donde los primeros años pudieran ser comunes y luego diversificarse en las distintas ramas. Otro objetivo sería que hubiera la posibilidad de intercambio, luego de haber dado algunas materias en otra Facultad, por ejemplo, haber empezado aquí y revalidar para seguir en otra; tener algún tipo de plan común y de tránsito horizontal. Así como van para allá, también van a venir para aquí. Si uno hace ese tipo de acuerdos, finalmente quizás tengamos más estudiantes de los que teníamos al principio. En ese sentido, hay que conversar en el área de la salud cómo mejorar la situación actual, de modo que si uno entró en una Facultad y quiere pasar a otra, casi tiene que empezar de cero.

Otra cosa tiene que ver con la cantidad de profesionales que se necesitan. Estoy totalmente de acuerdo en que depende del sistema de salud. Nosotros como Facultad no podemos plantear que tenemos que formar médicos para este sistema de salud que es delirante. Además, a lo mejor hay muchos más lugares de trabajo que los 17.000 médicos que habrá en el 2020. Actualmente, los que tienen trabajo tienen 2, 3 o 4 trabajos, y hay quien no tiene ninguno. Si hacemos ese cálculo, capaz que sobran los lugares de trabajo. Claro que con lo que se gana en cualquiera de esos lugares de trabajo no se puede vivir, por lo tanto, también tiene que ver con todo el sistema.

Para poder definir y limitar el ingreso, hay que tener en cuenta que en este momento no se puede tener esa previsión de lo que va a pasar en 2020. Capaz que sí tenemos 17.000 médicos.

**SEÑOR GIAMBRUNO.-** Es interesante la reunión que tuvieron porque esta ha sido una muletilla que se usó durante todos estos años, desde antes que llegara el Prof. Touyá al Decanato. El tronco común se veía muy lejos de la realidad y muy lejos de que se concretara. Más allá de pensar en la utopía del sistema de salud perfecto, recuerdo lo que pasa en la realidad. Menciono dos instituciones que tengo idea de cómo funcionan: el Centro Asistencial del Sindicato Médico, y la FEMI con la problemática de la firma entre el Ministerio y esa institución. Así que no pensemos que 17.000 médicos no van a alcanzar para el sistema de salud en 2020 porque el tema es complejo.

Es bueno que este año tengamos la convención y que el año que viene tengamos un nuevo gobierno. No son temas fáciles y se vinculan también con el análisis de los resultados.

**SEÑOR PRESIDENTE.-** La próxima reunión de la Asamblea del Claustro será el jueves 17 de junio; el primer tema del orden del día será tomar posición sobre la docencia en la comunidad.

Se levanta la sesión.

(Es la hora 14 y 23)