



UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA
URUGUAY

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA
ASAMBLEA DEL CLAUSTRO



JORNADA INSTITUCIONAL: EVALUACIÓN DEL PLAN DE ESTUDIOS

COORDINADORES DE LA EDICIÓN:

**Prof. Agda. Dra. Verónica Torres,
Br. Ricardo Escobar, Br. Natalia Pan.**

Fecha de Edición: octubre 2017

PARTICIPANTES

- ALÉ, SELVA IRIS.
- ÁLVAREZ, MARÍA NOEL.
- ARTAGAVEYTIA, NORA.
- BERMUDEZ, YAMANDÚ.
- BERTONI, BERNARDO.
- BERTULLO, MAURICIO.
- CABRERA, ÁLVARO.
- CARRERAS, SARA.
- CASSINA, ADRIANA.
- CLARA, MARIO.
- COLLAZO, MERCEDES.
- CÓPPOLA, FRANCISCO.
- CORA, MARIANA.
- CUADRADO, MARCELA.
- DANZA, ÁLVARO.
- ECHENIQUE, EDÉN.
- ESCOBAR, RICARDO.
- ESTECHE, MARTÍN.
- EULA, MARIANA.
- EVERETT, MARTÍN.
- FERNÁNDEZ, ADRIANA.
- FIGUEREDO, FRANCISCO.

- GÓMEZ, ALICIA.
- GRIOT, NICOLE.
- JARA, JAVIER.
- KOHN, SOFÍA.
- LEVIN, RODOLFO.
- LLAMBÍ, SARA.
- MANZONI, PATRICIA.
- MONTAÑO, JORGE.
- NIÓN, MÓNICA.
- NIZ, CLARA.
- NOBOA, OSCAR.
- PAN, NATALIA.
- PERENDONES, MERCEDES.
- PIREZ, CATALINA.
- PUPPO, ESTELA.
- RAMOS, FERNANDO.
- ROMERO, CLAUDIA.
- SICILIANO, JULIO.
- SOUTTO, JULIO.
- TOMASINA, FERNANDO.
- TORRES, VERÓNICA.
- TROSTCHANSKY, ANDRÉS.
- VARELA, ROBERTO.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	6
PROGRAMA.....	8
EXPOSICIONES PLENARIAS PRIMERA PARTE	12
Implementación del plan de estudios: ¿en qué estamos?.....	12
Análisis del primer trienio	20
La mirada del estudiante.....	29
TALLERES PRIMERA PARTE.....	33
Estructura académica del plan y su implementación actual.....	33
Relatoría del taller.....	33
Programa de evaluación de competencias.	38
Población estudiantil: estrategias a futuro	39
Relatoría del taller.....	39
Enseñanza en el tramo inicial de la carrera de Medicina: escenario actual y perspectivas.	44
Población estudiantil. Estrategias a futuro	46
Estructura administrativa de sostén del Plan de Estudios	47
Relatoría del taller.....	47
Importancia de la Estructura Administrativa	50
Desafíos en la descentralización	51
Relatoría del taller.....	51
Desafíos en la descentralización	54
EXPOSICIONES PLENARIAS SEGUNDA PARTE	55
Repensando la Facultad de Medicina como Facultad de Ciencias Médicas.....	55
Inserción temprana en la clínica: ¿cuándo y cómo?	62
Hacia la acreditación de la carrera	68
Inserción temprana en la clínica	74
Relatoría del taller.....	74
Ciclo Internado Anual Rotatorio.....	79
Relatoría del taller.....	79
Ciclo Internado Rotatorio.....	82
Ciclo Internado Rotatorio – Período de transición 2017-2019.....	84

Título intermedio	85
Relatoría del taller.....	85
Título Intermedio	86
Ciclo Inicial Común	87
Relatoría del taller.....	87
PERFIL DE PARTICIPACIÓN	92
APORTES DEL CLAUSTRO ABIERTO.....	93
CONCLUSIONES Y CIERRE	95

INTRODUCCIÓN

Prof. Agda Verónica Torres, Br. Ricardo Escobar, Br. Natalia Pan,

Prof. Oscar Noboa

A diez años de la discusión sobre el nuevo plan de estudios, la Asamblea del Claustro de Facultad de Medicina cree de vital importancia volver a poner el tema sobre la mesa para la discusión del demos en este espacio.

Si bien se siguen defendiendo los principios rectores del Nuevo Plan de Estudios (NPE), que establecen la importancia de formar médicos humanistas, con formación básico clínica, de cara a fortalecer la atención primaria en salud y capaces de trabajar en equipo con el resto de los profesionales del área; se ve necesario que la institución realice esta puesta a punto de lo realizado hasta el momento, de forma de evaluar si se están logrando los objetivos propuestos.

El objetivo primordial de esta jornada es evaluar algunos aspectos del plan de estudios desde su implementación hasta la actualidad.

Esto conlleva a evaluar las fortalezas y debilidades que ha tenido el desarrollo del nuevo plan de estudios en vistas a los desafíos del incremento exponencial en la matrícula estudiantil, de los aspectos locativos, administrativos y de gestión de recursos docentes.

Así mismo, debido a la proximidad de la reacreditación de la carrera Doctor en Medicina estas jornadas colaborarán con insumos para transitar el proceso.

La Jornada Institucional del Plan de Estudios fue iniciativa de la Asamblea del Claustro y contó con el aval del Consejo de la Facultad, declarándose de interés y libre de clases curriculares para promover la concurrencia a la misma de los docentes y estudiantes; así como para disponer de salones para su desarrollo.

La Jornada se estructuró de la siguiente manera: exposiciones plenarias iniciales con información de temática a desarrollar y discutir luego en talleres de discusión. En las plenarias y talleres se invitó a expertos o referentes de cada tema. Luego de los talleres un relator expuso en plenaria de puesta a punto, los principales aspectos discutidos.

Se contó con amplia participación, multidisciplinaria, cercana a 300 participantes de todos los órdenes incluyendo funcionarios no docentes, lo que permitió una gran pluralidad de opiniones y perspectivas.

PROGRAMA

22 de junio 2017

Apertura a cargo del Sr. Decano Prof. Dr. Fernando Tomasina

Hora 08:15 en el Salón de Actos

PRIMERA PARTE

Exposiciones Plenarias: Salón de Actos

Disertantes:

8:30 – 9:00 hs - Implementación del Plan de Estudios: ¿En qué estamos?

Prof. Adj. Dra. Mariana Cora, Directora de Carrera

9:00 – 9:30 hs - Análisis del primer trienio.

Prof. Adj. Dra. Adriana Fernández y Prof. Agda. Dra. Alicia Gómez,

Departamento de Educación Médica

9:30 – 9:40 hs - La mirada del estudiante.

Br. Martín Everett, Asociación de los Estudiantes de Medicina

Talleres:

Duración: 2 horas.

Estructura académica del plan y su implementación actual - Anfiteatro de Fisiología

Moderadores: Prof. Titular de Clínica Pediátrica Dra. Catalina Pirez, Dr. Edén Echenique, Br. Nicole Griot.

Invitados: Prof. Agdo. de Clínica Médica, Dr. Fernando Ramos, Prof. Adj. de Clínica Pediátrica, Dra. Claudia Romero, Asistente Académica, Dra. María Noel Álvarez.

Población estudiantil: estrategias a futuro - Anfiteatro Farabeuf

Moderadores: Prof. Agda. de Clínica Médica, Dra. Verónica Torres, Prof. Adj. de Medicina Familiar y Comunitaria, Dra. Marcela Cuadrado, Br. Ricardo Escobar.

Invitados: Prof. Agdo. de Histología y Embriología, Dr. Julio Siciliano, Prof. Agda. de Clínica Médica, Dra. Mercedes Perendones.

Estructura Administrativa de sostén del Plan de Estudios - Anfiteatro de Anatomía

Moderadores: Asistente Académico, Soc. Rodolfo Levin, Bres. Sara Llambí y Javier Jara.

Invitados: Directora del Dpto. de Enseñanza, Sra. Estela Puppo, Departamento de Educación Médica, Sra. Mónica Nión.

Desafíos en la descentralización - Anfiteatro Maggiolo

Moderadores: Dr. Jorge Montaña, Dr. Yamandú Bermudez, Prof. Agdo. de Clínica Ginecotológica, Dr. Francisco Cópola, Br. Federico Figueredo

Invitados: Sr. Decano Prof. Dr. Fernando Tomasina, Prof. Agda. de Medicina Familiar y Comunitaria, Dra. Diana Domenech, Br. Sofía Kohn, Asociación de los Estudiantes de Medicina, Regional Norte – Salto, Dr. Roberto Varela, Director del Centro Univ. de Rivera, Dr. Mario Clara.

Plenario de puesta a punto - Salón de Actos de 11:40 a 12:40 hs.

Fin de la primera parte.

PAUSA - BRUNCH

SEGUNDA PARTE

Exposiciones Plenarias: Salón de Actos

Disertantes:

14:00 - 14:20 hs – Repensando la Facultad de Medicina como Facultad de Ciencias Médicas, Sr. Decano Prof. Dr. Fernando Tomasina.

14:20 - 14:45 hs – Inserción temprana en la Clínica: ¿cuándo y cómo?, Prof. Agda. de Medicina Familiar y Comunitaria, Dra. Clara Niz.

14:45 - 15:00 hs – Hacia la Acreditación de la Carrera, Prof. Agda. de Dermatología, Dra. Selva Alé.

Talleres:

Duración: 2 horas

Inserción temprana en la Clínica - Anfiteatro Maggiolo

Moderadores: Prof. Adj. del Dpto. Básico de Medicina, Dra. Nora Artagaveytia, Br. Natalia Pan, Prof. Agda. de Dermatología, Dra. Selva Alé.

Invitados: Prof. Agda. de Medicina Familiar y Comunitaria, Dra. Clara Niz, Directora de Carrera, Prof. Adj. Dra. Mariana Cora.

Internado - Anfiteatro Farabeuf

Moderadores: Prof. Titular del Centro de Nefrología Dr. Oscar Noboa, Br. Martín Everett.

Invitados: Prof. Agdo. de Clínica Médica, Dr. Álvaro Danza, Asistente del DEM, Dr. Mauricio Bertullo.

Título Intermedio - Anfiteatro de Fisiología

Moderadores: Prof. Adj. del Dpto. de Genética, Dr. Bernardo Bertoni, Dr. Edén Echenique, Prof. Adj. del Dpto. de Bioquímica, Dr. Andrés Trostchansky.

Invitados: Asistente Académica, Dra. María Noel Álvarez, Representante de la CSE, Prof. Agda. Mercedes Collazo.

Ciclo Inicial Común de Facultad de Medicina - Anfiteatro de Anatomía

Moderadores: Prof. Adj. del Dpto. de Bioquímica, Dra. Adriana Cassina, Br. Mariana Eula, Lic. Álvaro Cabrera.

Invitados: Asistente Académico, Dr. Martín Esteche, Prof. Adj. de la EUTM, Lic. Patricia Manzoni.

Plenario de puesta a punto y cierre de actividades - Salón de Actos de 17 a 18 hs

Conclusiones finales: Claustro abierto en el mes de octubre.

EXPOSICIONES PLENARIAS PRIMERA

PARTE

Implementación del plan de estudios: ¿en qué estamos?

Prof. Adj. Dra. Mariana Cora, Directora de Carrera

Lo que vamos a presentar es un resumen de algunas cosas en las que estamos trabajando. La idea es dejar planteados algunos problemas que enfrentamos en la implementación del plan de estudios. Por supuesto que no los vamos a presentar en detalle porque no nos daría el tiempo.

No todos saben, porque no tenemos mecanismos de comunicación entre nosotros, por qué se conformó la Dirección de Carrera y cuáles son sus funciones. También es importante dar a conocer qué son las unidades curriculares y por qué estamos trabajando en eso. Por último, queremos contarles brevemente en qué estamos en la implementación del plan de estudios.

La Dirección de Carrera se constituyó hace poco menos de un año, dando cumplimiento a lo que establece la ordenanza de grado de la Universidad de la República para todas las carreras. El objetivo es realizar el seguimiento del plan de estudios y proponer las modificaciones que sean necesarias.

Por otro lado, la Comisión de Carrera es un órgano cogobernado, integrado por los tres órdenes. En el caso de nuestra Facultad, los egresados no se han integrado todavía por lo que estamos trabajando con dos docentes y dos estudiantes. Por suerte los suplentes participan activamente de la Comisión. También la integran la directora del Departamento de Educación Médica, Dra. Alicia Gómez, y quien les habla. Sus cometidos son el seguimiento curricular en materia de programas, contratos didácticos y acreditación, asesoramiento al Consejo de Facultad en la definición de las unidades curriculares, proponer modificaciones necesarias al cumplimiento e implementación del plan de

estudios y asesorar al Consejo en materia de reglamentos de cursos y exámenes. También le corresponde el tema de las reválidas. Iniciamos el trabajo de la comisión con el tema de las unidades curriculares, que es uno de sus cometidos fundamentales.

Otro componente de la Dirección de Carrera es la Unidad de Coordinación Curricular. Esta estructura está integrada por todos los coordinadores de ciclos. En nuestro caso los ciclos son siete; algunos duran tres años, como el Ciclo de Introducción a la Medicina General Integral, que tiene cuatro coordinadores, y otros, como el de Metodología Científica, que tiene uno.

La Secretaría de Apoyo a la Enseñanza del primero y del segundo trienio forma parte de la Unidad de Coordinación Curricular. Son el soporte administrativo de los procesos de enseñanza y quizás es donde tenemos los mayores atrasos desde el punto de vista institucional.

Si bien no forma parte de la Dirección de Carrera, la Unidad de Coordinación Curricular trabaja estrechamente con el Departamento de Administración de la Enseñanza (Bedelía), que tiene la enorme responsabilidad de dar sostén a nuestros cursos y a los miles de estudiantes que pasan por la Facultad. Tiene que registrar y certificar la actividad de esos estudiantes.

A veces se tiene la sensación de que cambiamos las unidades temáticas por las unidades curriculares. Me refiero a que cambiamos el nombre de algo que siempre hicimos como para decir que modificamos algo.

Nuestra carrera se tiene que enmarcar en los lineamientos generales de la Universidad. La descripción de las unidades curriculares es una buena oportunidad para discutir los objetivos de la formación y no transformar eso en un proceso burocrático, donde cambiamos un nombre por otro.

Estas son como unidades básicas, asignaturas o recortes de una o más disciplinas que componen el mapa curricular de un determinado plan de estudios, con asignación de créditos específica y constancia en la escolaridad. Esto no es un detalle o un tema burocrático. Las unidades curriculares se enmarcan en algunos lineamientos que tienen que ver con la flexibilidad curricular. La idea es que esas unidades, una vez aprobadas y creditizadas,

permitan al estudiante no solo un tránsito más libre por materias optativas y electivas o influyan en el tránsito vertical -hay estudiantes que cambian de carrera y permanecen dentro de la Universidad- sino también porque facilitan en tránsito horizontal, para que la carrera deje de ser tubular, donde todos entran y salen por el mismo lugar, con pocas opciones de establecer, de acuerdo a nuestras necesidades y posibilidades, un tránsito individual.

Las unidades curriculares implican también la definición de previaturas, con un criterio diferente al temporal, de que algo es previo porque está antes. Las previaturas se tienen que definir con un criterio académico. Quizás esa haya sido de las crisis mayores que hemos tenido en estos tiempos porque implica discutir sobre contenidos, sobre qué es básico para entender algunos procesos. Es una oportunidad para discutir objetivos de formación y no solo cuestiones reglamentarias.

También es importante aclarar a qué nos referimos cuando hablamos de implementación del plan de estudios. Seguramente durante la jornada se va a hablar del mapa curricular, pero quiero mencionar algunas cosas. Tenemos un plan de estudios escrito, con un currículum establecido. Sin embargo, no necesariamente es eso lo que enseñamos. Diría más, en muchas ocasiones no es lo que enseñamos. Enseñamos cosas que no están en el documento y no enseñamos otras que sí están. Eso pasa siempre con los planes de estudio. Es bueno mirar la diferencia entre una cosa y otra para encontrar las causas. Luego tenemos lo que se llama "currículum en acción", que tiene más que ver con la implementación. Lo que está escrito, lo que hacemos y la forma como lo evaluamos determina experiencias de aprendizaje, y eso tiene que ver en parte con la implementación.

Lo importante no es solo la forma en que se enseña sino también los ambientes institucionales donde ocurre el aprendizaje. Este es un tema donde la Facultad tiene mucho para trabajar, ya que eso tiene un impacto cierto sobre la enseñanza.

El plan de estudios anterior, con respecto a las previaturas, tenía todo absolutamente descrito y regular. De primero se pasaba a segundo, de segundo a tercero, y así sucesivamente. Las unidades curriculares eran los

años y, en algunos casos, los semestres. En el nuevo plan hemos ido cambiando desde el año 1 lo que estaba establecido que íbamos a hacer.

Esta presentación no tiene como objetivo analizar las previaturas de a una sino mostrar ejemplos de cosas que se han ido cambiando. El esquema muestra el primer y el segundo semestre tal como ocurrieron en 2015, con respecto a la estructura de los cursos, no de las modalidades. El curso de 2005 estuvo integrado por estas disciplinas, que no estaban consideradas como unidades curriculares, y el ciclo se salvaba o se perdía. Si a uno le va bien en Salud Pública y Humanidades pero pierde Biología Celular y Molecular, pierde todo el curso. En ese caso la unidad es el semestre. Uno pierde o salva todo. Eso tiene implicancias desde el punto de vista de la enseñanza, ya que los estudiantes que perdían alguna parte de esos contenidos quedaban fuera de la Facultad a los seis meses de haber ingresado, casi sin posibilidad de realizar materias optativas o electivas porque prácticamente dejaban de ser estudiantes universitarios.

En 2006, antes de que se conformara la Comisión de Carrera y dando cumplimiento a lo establecido en la ordenanza de grado, la Facultad empezó a trabajar en las unidades curriculares. Eso no quiere decir que no haya integración entre los distintos cursos, pero los estudiantes pueden salvar esas unidades de manera independiente; estas se acreditan y pasan a la escolaridad. De ese modo el estudiante puede llevarse esos créditos a otro año o a otro segmento de la carrera. No tiene fundamento académico alguno que el estudiante que pierde la unidad curricular Salud Pública y Humanidades no pueda cursar Biología Celular y Molecular. En cambio, tiene que aprobar la unidad curricular BCC 1 para pasar al 2.

Inicialmente teníamos previaturas de ciclo, y si el estudiante perdía cualquiera de las unidades curriculares quedaba afuera. Pero cuando pasaba al Ciclo Básico Clínico Comunitario empezaba un tránsito estricto, a través de salvar los cursos. Entre paréntesis, debo aclarar que en nuestra carrera salvar un curso quiere decir poco. ¿Hasta cuándo podía seguir avanzando? ¿Hasta el ciclo siguiente de Metodología Científica I? No. Pero en algún momento podría pasar al Cimgi porque, por una modificación en el Reglamento de Cursos y Exámenes sobre las previaturas, se establecía que el estudiante

debía terminar de aprobar las unidades curriculares del primer trienio antes de entrar al quinto año, pero podía llegar hasta allí con ese sistema de previaturas.

Quiero mencionar el tema de las habilidades clínicas porque fue algo que cambió. En el primer trienio, Habilidades Clínicas empezaba en el BCC2 y se extendía hasta el BCC5. Participaban Medicina Familiar y Comunitaria, Ginecología, Pediatría, Psicología Médica, y Salud Mental. Lo que se pretendía era la integración a la asistencia en el primer nivel.

Cuando comenzó este plan de estudios, la matrícula era de alrededor de 980 estudiantes. Al día de hoy aumentó 83 %. Este año ingresaron 2.002 estudiantes de Medicina. Para hacer frente a esto el recurso utilizado fue dividir a los estudiantes en grupos cada vez más pequeños. Eso se hizo por razones éticas y por otras que tienen que ver con la enseñanza. Por eso, la carga horaria que tenía el estudiante el año pasado en esas actividades era realmente muy pequeña y, según nuestra opinión, con escaso impacto educativo. Ello implicaba un enorme esfuerzo desde el punto de vista docente, de recursos que no tenemos en la etapa clínica. Además, hay que mencionar que el plan de estudios dura un año menos que el anterior. O sea que esos recursos que invertimos aquí nos faltan más adelante, cuando los estudiantes llegan a la etapa de formación clínica.

Una vez que se aprobaron las unidades curriculares del Ciclo Introductorio, los estudiantes tuvieron un trayecto más flexible hacia el BCC. Lo que se resolvió fue que los que salvan la primera unidad pueden pasar a la unidad curricular de Anatomía. En la Unidad de Coordinación Curricular hemos trabajado una propuesta. Si miramos el esquema, vemos que los contenidos de Biología Celular y Molecular son previos a los otros contenidos mencionados. Si un estudiante pierde Biología Celular y Molecular tiene otros tránsitos posibles que, a nuestro entender, lo beneficiarían mucho más que permitirle transcurrir el primer trienio y la primera parte del segundo arrastrando previaturas durante mucho tiempo.

En el esquema, Habilidades Clínicas está entre signos de interrogación porque está en discusión una propuesta para incorporar algunas de sus unidades en el quinto semestre y no antes. Es por el aumento de la matrícula que mencionamos antes.

Hasta ahora hemos identificado como problemas el número de estudiantes y una estructura docente que se ha mantenido más o menos estable a lo largo del tiempo. Podríamos decir que esto ha determinado algunos de los cambios propuestos para la primera etapa.

Les pido que presten atención a esto que voy a mencionar porque aquí el problema es otro. En el plan de estudios original, en cuarto año había tres componentes de un curso, que se salvaba si se aprobaban en su conjunto, esto es, todo o nada. El contenido era básicamente las actividades de las clínicas médicas, quirúrgicas y las bases científicas de la patología. Era una enorme cantidad de contenidos incluidos en un semestre, imposibles de abarcar. Luego finalizaba el Ciclo General Integral con el Ciclo de la salud de la mujer, la embarazada, la infancia y adolescencia.

En 2015 se realizó un cambio que hizo que los estudiantes rotaran por una enorme cantidad de servicios clínicos docentes, que incluían Medicina y especialidades médicas, Cirugía y especialidades quirúrgicas, Medicina Familiar y Comunitaria, Pediatría, Ginecología, etc. Las bases científicas de la patología seguían en su lugar, ocupando el mismo tiempo.

Por otro lado, logramos grupos de estudiantes bastante más pequeños porque pusimos en juego una enorme cantidad de docentes que habitualmente no participan en la enseñanza de grado sino básicamente en la de posgrado. La idea era mejorar la distribución, ya que el objetivo era que el estudiante pudiera entrar en contacto con el desarrollo del método clínico. Para 2016 esta experiencia mejoró la distribución de las rotaciones. Sin embargo, luego de dos años decidimos volver a proponer un cambio en este ciclo. Ahora el problema no es el número de estudiantes sino la heterogeneidad de los servicios -cosa que los estudiantes marcaron y los docentes reconocemos como un problema- y también el importante número de ellos que no cumplieron con la propuesta.

Las razones, que personalmente entiendo, tienen que ver con la falta de compromiso con la enseñanza en general y con la enseñanza de grado en particular.

Por supuesto que no podemos solucionar todos los problemas de la misma manera y por eso traemos esta propuesta, donde se sacan cursos relacionados con el primer nivel de atención del primer trienio y se colocan en otro año. Están incluidos Medicina Familiar y Comunitaria, Ginecología y Pediatría en el primer nivel, además de la actividad de las clínicas pediátricas y ginecológicas a nivel hospitalario. Las bases científicas de la patología extienden sus contenidos y se incorporan algunos de Farmacología, que han sido marcados sistemáticamente como una carencia muy importante en ese año. Nos parece que es una mejora interesante, por lo menos desde el punto de vista teórico. Habrá que ver cómo transcurre este año y si efectivamente da los resultados que esperamos.

El quinto año también centralizó los cursos de Clínica Médica. Eso fue evaluado como muy negativo, tanto por los docentes como por los estudiantes, ya que aumentó enormemente el número de estos últimos en las clínicas médicas y el número de instancias de evaluación, haciendo que los cursos duraran menos. Por eso, en 2015 volvimos a un régimen anual, pero no de unidades curriculares. Por lo tanto, para poder aprobar el quinto año el estudiante tenía que aprobar absolutamente todos sus contenidos. Recién este año, a través del trabajo realizado por la Unidad de Coordinación, se resolvió constituir unidades curriculares. Medicina Legal está integrada a la Clínica Médica, junto con Sociología Médica, que no participaba del ciclo y que se incorporó a él con Geriatría y Psiquiatría. Por otro lado, también están Patología Médica y Terapéutica. Eso permite que los estudiantes elijan qué unidad cursar, ya que a esa altura de la carrera trabajan y este ciclo genera una carga horaria muy importante. Nos parece que esta propuesta va a ayudar al tránsito de los estudiantes.

En el Ciclo del Internado rotatorio la estructura es la que ya conocen y se han planteado algunas mejoras.

Esta jornada debería permitir discutir si lo que tenemos son problemas de implementación, y así ver cómo podemos implementar mejor el plan de estudios, o de diseño curricular, cuyas soluciones pasan por otro lado. De todas formas, hay aspectos de implementación que sí o sí debemos discutir porque son urgentes. No podemos dejar de mencionar el aumento de la matrícula, que genera dificultades, pero también otros aspectos como la expansión del conocimiento, que no se resuelve aumentando el tiempo de la carrera en el sexto año para poder abarcar los contenidos. Hay aspectos éticos que cuestionan nuestro quehacer en el ámbito clínico. Tenemos que discutir los procesos de enseñanza y de evaluación, que no pueden ser los mismos ahora que hace sesenta años. Probablemente también debamos discutir la distribución de los recursos.

El objetivo de esta jornada es discutir el mejor programa posible para la formación de los médicos que el país necesita. Eso no está atado a planes de estudios, que son instrumentos para lograr objetivos. Debemos confrontar respetuosamente las ideas, en el ámbito natural para la discrepancia que es la Universidad. Las múltiples miradas pueden hacer que encontremos algunas soluciones posibles.

La exposición presentada se encuentra disponible en:

<http://www.claustro.fmed.edu.uy/>

Análisis del primer trienio

Prof. Adj. Dra. Adriana Fernández Álvarez, Departamento de Educación Médica

Para tratar el tema del primer trienio voy a mostrarles resultados de un trabajo que hicimos con el Dr. Julio Siciliano, con quien compartimos la coordinación de este ciclo desde hace varios años.

El plan de estudios tiene siete años de carrera. En el esquema está superpuesto el plan de estudios con el Reglamento de Cursos y Exámenes vigente al momento en que se realizó este estudio. En celeste está lo correspondiente al Ciclo Básico Clínico Comunitario. Las barras azul oscuro indican cuáles son las previaturas que determinan el avance del estudiante en la carrera. Una está al finalizar el Ciclo Introductorio. Otra al finalizar el BCC1, que actualmente se conoce como Biología Celular y Molecular. Aquí se necesitaba aprobar el curso y no el examen para poder seguir en tránsito y moverse dentro del ciclo en cualquier orden. Luego viene una previatura que implica la aprobación total del ciclo antes de pasar al siguiente. Hubo algunas modificaciones transitorias que después se revirtieron, de acuerdo a discusiones en el Consejo.

En el esquema está superpuesto el año lectivo. Los cursos se inician en marzo y se interrumpen en el período de exámenes de julio. Luego hay dos períodos de exámenes, en diciembre y en febrero. En un solo año se suceden los seis componentes de ese ciclo. Actualmente tenemos alrededor de cinco mil estudiantes anuales en dicho ciclo.

Con respecto a la evaluación de los aprendizajes, esta es independiente en cada uno de los módulos, que tienen contenidos diferentes. La aprobación también es diferente, ya que en algunos casos se contabiliza la asiduidad, en otros la participación en seminarios y puede haber tareas de portafolio. Siempre están presentes los parciales.

Lo que sí es común es que se necesita 40 % de cumplimiento del total de las actividades para la aprobación del curso que habilita a rendir examen. Para la aprobación de los exámenes, que en su mayor parte son de opción múltiple, se necesita 60 %. A partir de 2012, en forma gradual, se fue incorporando la posibilidad de aprobar el curso con exoneración del examen final. Para eso se necesita un porcentaje de 70 %.

El esquema muestra cómo fue creciendo la matrícula en cada uno de los cursos. Incorporamos también el Ciclo Introdutorio en el período estudiado, que va de 2009 a marzo de 2016. Dado el corte a esa fecha, algunos cursos del segundo semestre no están en el gráfico. Como la implementación del plan fue secuencial, tampoco figuran esos datos, que se irán agregando en el tiempo.

El Ciclo Introdutorio tuvo una tasa de crecimiento del 83 % en el período estudiado. A medida que se avanza en la carrera, la matrícula va decrecentándose. Algo que queremos aclarar es cómo se abordó el tema del desempeño académico estudiantil. El objetivo fue la obtención de insumos para la mejora de la enseñanza y atender la necesidad de autoconocimiento institucional, porque es necesario que la institución conozca cuál es el desempeño de los estudiantes. Esto no se realizó a priori, con una mirada teórica que busca relacionar el desempeño estudiantil con la estructuración de un plan de estudios, ni tampoco se hizo desde la perspectiva de la numerosidad. De todas formas, los resultados pueden tener después usos variados, como la evaluación del plan de estudios, insumos para un proceso de acreditación, cambios reglamentarios, etc.

Con respecto a la estrategia metodológica, se hizo un análisis cuantitativo *ex post*, en un estudio de tipo descriptivo, de carácter diagnóstico, y se hizo un análisis estadístico inferencial de algunos de los ítems. Se sistematizaron datos oficiales, que se obtuvieron a partir de fuentes secundarias institucionales como el Departamento de Administración de la Enseñanza o el Servicio Central de Informática de la Universidad de la República. Todos los análisis fueron censales, por lo que no hubo que hacer muestreos. Otra decisión fue no hacer comparaciones entre cursos de los módulos, ya que los cursos tienen distintas constituciones, metodologías y perfiles de enseñanza,

a medida que avanzan en la carrera. También hay diferente cantidad de estudiante en cada uno de ellos. Se optó por no comparar entre dos planes de estudios, ya que metodológicamente no es correcto porque tienen estructuras y metodologías diferentes.

Para el estudio se utilizaron tres diseños metodológicos diferentes: análisis de resultados de cursos y exámenes del ciclo por módulo, de 2009 a 2016; seguimiento del desempeño en cursos de estudiantes reinscriptos tras renunciar a cursos en el período 2013-2015, y análisis de la trayectoria académica estudiantil en el ciclo de la primera cohorte del plan, que es la generación 2009.

Fue importante definir el universo de estudio. En el análisis de resultados de cursos y exámenes se incorporan todos los estudiantes inscriptos a todos los cursos y exámenes de todos los módulos del ciclo, sin importar a qué generación pertenecen. Aquí mostramos cada uno de los cursos en el transcurso de los años y en las casillas se representa el porcentaje de aprobación a lo largo del período. A partir de 2012 y de 2013, los porcentajes presentan debajo dos números entre paréntesis. El de la izquierda corresponde al porcentaje de estudiantes que aprobaron el curso sin exoneración del examen final; el de la derecha, a los que lo hicieron con exoneración. En la última columna figura la media y desvío estándar de aprobación en el período para cada uno de los cursos. En la parte inferior figura la media y desvío estándar de aprobación con exoneración del examen final. Los cursos tienen un piso de 33 % y un techo de 85 %, y las aprobaciones con exoneración son bastante menores, con un porcentaje que no rebasa el 25 %. En esta evaluación, en un período bastante prolongado, predomina la aprobación de los cursos pero sin exoneración del examen final.

Para poder rendir los exámenes, los estudiantes tienen que aprobar los cursos. La vigencia de un curso aprobado dura 3 años. En el eje de las abscisas figura el número de estudiantes que rinde los exámenes; en el de las ordenadas figura cada uno de los períodos de exámenes a los cuales tuvieron oportunidad de asistir. El porcentaje de aprobación va antecedido de un número que indica si es el primero, el segundo o el tercer período.

Los porcentajes que están recuadrados indican en qué período se dio el techo de aprobación y en cuál se dio el piso. En este examen de BCC1 de febrero de 2010 el techo fue de 23 % y el piso estuvo en julio de 2013, con 6 % de aprobación.

En la gráfica siguiente, el número de estudiantes que figura en el eje de las abscisas no es el mismo porque la matrícula va disminuyendo al avanzar la carrera.

Este esquema se repite en todos los demás cursos y predomina el color gris, como en el período que va de febrero de 2010 a marzo de 2016. De 102 períodos de exámenes, en 99 predominó la no aprobación y solo en 3 predominó la aprobación. 2 de ellos coinciden con terceros períodos extraordinarios, donde concurren aquellos estudiantes que tienen solo una materia pendiente.

Aquí se da una incongruencia entre la aprobación de cursos y la aprobación de exámenes. Probablemente eso se debe a la poca exigencia en cuanto a la aprobación del curso con respecto a la aprobación del examen. El que se sale de este esquema es el ECOE del ciclo, donde sí predominan las aprobaciones. Sin embargo, estamos hablando de una herramienta metodológica totalmente diferente y no es bueno hacer una comparación. Además, fue rendido por otros estudiantes, que ya tienen aprobados todos los cursos del ciclo.

O sea que, con respecto a la evaluación de los exámenes, en el lapso 2009-2016 predomina la no aprobación, mientras que en la evaluación de cursos predomina la aprobación.

Con respecto al seguimiento del desempeño en cursos de los estudiantes inscriptos tras renunciar a cursos aprobados, del 2013 a 2015, es un universo que incluye a todos los estudiantes que, tras renunciar a módulos ya aprobados del BCC, se reinscriben para recursarlos, sin importar su generación de ingreso. Los estudiantes siempre tuvieron la posibilidad reglamentaria de renunciar a cursos ganados. El tema era que eso habitualmente no pasaba. El estudiante aprobaba el curso y lo mantenía vigente en su escolaridad para rendir el examen en los tres años siguientes.

A partir de 2012 se fue implementando la aprobación de exámenes con exoneración y eso aumentó inusualmente el porcentaje de estudiantes que renunciaban a cursos ya ganados.

Lo que muestra el esquema es el número de estudiantes que se reinscriben al curso luego de renunciar a su aprobación, sobre el número total de inscriptos al curso. Lo que recuadré son los picos de renuncia, que se dan en momentos distintos para cada curso. En algunos casos alcanzó el 17 % de la matrícula de ese curso. O sea que estamos hablando de números grandes. Esa evolución temporal es heterogénea dentro de los diferentes módulos del BCC. ¿Qué pasó con esos estudiantes? Si bien no podemos establecer causalidad, los dos fenómenos, renuncia y exoneración, coinciden en el tiempo. Por eso fuimos a ver cómo les había ido a los estudiantes que recuraron. En el gráfico de arriba figura el desempeño en la aprobación de cursos de los estudiantes de la generación que cursó y salvó cursos en 2013 y renunciaron para recurrar en 2014. En el de abajo figuran los que ganaron cursos en 2014 y renunciaron para recurrar en 2015. Lo que vemos es que la mayor parte quedó en la misma situación que antes de recurrar, pero un año después. Solamente en tres de los doce cursos evaluados, los estudiantes superaron el 20 % de aprobación con exoneración. Por el contrario, solamente en tres de los doce cursos la cantidad de estudiantes que volvió a perder o no cursó el curso que antes habían ganado estuvo por debajo del 20 %. Esto muestra que el desempeño en la aprobación de cursos no mejora en los estudiantes reinscriptos tras renunciar a cursos ya aprobados. Si bien no se analizó causalidad, el aumento de renunciadas a cursos aprobados seguido de reinscripciones coincide temporalmente con la implementación de la exoneración del examen final. El desempeño de la aprobación de cursos no mejora y un porcentaje considerable de estudiantes quedan, desde el punto de vista de su tránsito curricular, en una situación peor a la que se encontraban antes de realizar el curso aprobado. Perdieron el derecho a rendir un examen, además de retrasar su tránsito. Aunque no quería hacer recomendaciones, yo diría a los estudiantes que no apostaran mucho a esto.

La tercera pregunta refiere al análisis de trayectoria académica estudiantil en el Ciclo Básico Clínico Comunitario de la primera cohorte del plan 2008,

generación 2009. El universo son todos los estudiantes considerados como ingresos efectivos, que no es lo mismo que generación de ingreso, en el año 2009. No incluye estudiantes con cambio de plan, reválidas ni generaciones anteriores con rezagos. El plazo es el seguimiento de la generación hasta el 31 de marzo de 2012. Esto es diferente a los anteriores porque aquí sí se hace un seguimiento de cohorte.

Con respecto a los resultados de exámenes, en el gráfico estamos juntando resultados de todos los exámenes que dieron los estudiantes hasta el 31 de marzo de 2012. ¿Por qué ese tope? Porque era el que tenían para rendir sus exámenes y poder pasar sin previas al siguiente ciclo. Si cumplían con eso, no tendrían rezago dentro de la carrera. Si bien el Ciclo Introductorio no es parte de este ciclo, lo incorporamos porque es desde allí donde nos llegan los estudiantes. El número de arriba a la derecha incluye a los estudiantes habilitados para rendir el examen final. El número de abajo indica el porcentaje de aprobación al 31 de marzo de 2012.

Esta generación tuvo como ingresos efectivos 937 estudiantes. Cuando pasaron por el Ciclo Introductorio, este no tenía un examen final, por lo que el 83 % pasó al ciclo siguiente. Después dividimos las aprobaciones en dos grupos. Uno es el porcentaje de estudiantes que aprobaron en el primer o segundo período de exámenes siguientes al cursado. En general esto es lo que se toma en los estudios de seguimiento de la Universidad de la República como año lectivo para establecer el rezago. Si el estudiante salva en el primer o en el segundo período siguiente, se considera que no está rezagado. En nuestro caso hacemos lo mismo, lo único que aquí no solo son años sino también semestres. El hecho de que el estudiante no cargue con ese examen después del primer o del segundo período es lo que le permite que, al año siguiente, pueda desempeñarse en otros cursos sin eso pendiente.

Luego agregamos el porcentaje de estudiantes que salvan esos exámenes en todo el tiempo que tienen vigente el curso que salvaron, o sea, hasta el 31 de marzo de 2012. La suma de los aprobados en el primer o en el segundo período y de los que aprobaron después constituye el porcentaje total de aprobados.

Aquí quiero resaltar algunas cosas. La aprobación en el primer y en el segundo período siempre fue mayor que la aprobación en todos los exámenes que vinieron después. O sea que el grueso de aprobación se da en el primer y en el segundo período. Por otro lado, en todos los casos, menos en el BCC6, la aprobación estuvo por debajo de 55 %. El BCC6 es un caso especial porque es un curso que está al final del todo en el ciclo, con otra cantidad de estudiantes, y es bastante diferente.

En la acumulación de resultados del primer y del segundo período de exámenes de cada curso del BCC, en esta generación también predomina la no aprobación, acumulado esto en tres años. Como el primer descenso en los niveles de aprobación, en cuanto al avance de la carrera, se produjo en el BCC1, nos preguntamos si existe relación entre el desempeño en las instancias de evaluación del BCC1 y el alcanzado en las instancias de evaluación de los módulos subsiguientes. Para responder a esta pregunta planteamos un diseño de estudio. A los estudiantes de la generación habilitados para rendir el examen de BCC1, que eran 718, los dividimos en dos grupos: el que aprobó el BCC1 en el primer o en el segundo período y el que no lo hizo. Sus desempeños fueron comparados considerando el número de actividades aprobadas dentro del ciclo, en los tres años posteriores al ingreso. ¿Qué pasó con los cursos? En las abscisas están las cifras 1, 2, 3, etc., que indican el número de cursos que aprobó el estudiante en ese lapso. Tiene que aprobar 6 cursos.

Los dos grupos se comportan de manera significativamente diferente. En el primero, el 87 % logra la aprobación de los 6 cursos, mientras que solo el 31 % lo logra en el otro grupo. Existe una asociación positiva entre aprobar BCC1 en el primer o segundo período de examen y aprobar más cursos en ese lapso analizado.

El desempeño estudiantil en cuanto a la actuación en cursos del ciclo, a marzo de 2012, es significativamente superior en los estudiantes que aprueban el examen final de BCC1 en el primer o en el segundo período.

¿Qué pasa con los exámenes? Aquí nos manejamos con los mismos dos grupos pero considerando el número de exámenes.

En este caso son 7, uno por cada uno de los cursos más el ECOE. ¿Cuántos de esos exámenes los estudiantes aprueban en el primer o en el segundo período y no tienen retraso intraciclo? Estamos hablando de 88 estudiantes, que corresponden al 38 % de los que aprueban el BCC1 en el primer o en el segundo período. Es más, todos ellos lo aprueban. En el otro grupo no hay ninguno que no tenga rezago. Cuando comparamos las dos poblaciones, también nos da una significativa diferencia de comportamiento.

Se podría decir que estamos siendo muy estrictos porque les pedimos que no tengan rezago intraciclo, cuando para pasar al segundo trienio lo que no deben tener es rezago en su totalidad. Por eso nos planteamos ser menos restrictivos y considerar la aprobación de esos exámenes en la totalidad de ese período, hasta el 31 de marzo. En la gráfica dice TP (todos los períodos).

Tenemos una imagen casi especular. En un grupo se encuentra el pico de los que aprueban los siete exámenes, que alcanza el 58 %. Por otro lado, en el otro grupo tenemos 54 % (266 estudiantes) que no aprobó ningún examen en los tres años. El desempeño estudiantil del ciclo a marzo de 2012 es significativamente superior en estudiantes que aprueban el examen final del BCC1 en el primer o en el segundo período.

Solamente el 16,3 % (153 estudiantes), de una generación de 937, está en condiciones de continuar su tránsito hacia el segundo trienio en el plazo de tres años. Aprobar el examen del BCC1 en el primer o en el segundo período se asocia fuertemente con integrar el grupo de quienes pueden proseguir. Efectivamente, 87 % de quienes pueden avanzar aprobaron el BCC1 en el primer o en el segundo período. No hacerlo se asocia con no aprobar ningún examen del ciclo en todo el trienio. En ese grupo se encuentra el 37 % de los habilitados a rendir. La asociación es tan potente que, aun descartando a estos estudiantes del análisis por suponer que se han desvinculado definitivamente de la carrera tras aprobar el curso y no rendir el examen, la diferencia entre el desempeño de quienes aprueban el BCC1 en el primer o en el segundo período y quienes no lo hacen continúa siendo significativa, al igual que la asociación positiva entre aprobar el BCC1 y obtener un mejor desempeño en las instancias de evaluación de todos los cursos siguientes.

En esta última semana llegó nueva información, de la mano de una consulta que la Dra. Adriana Cassina y la Dra. Mariela Garau hicieron al Seciu. En el fin de semana comparé las dos bases, a pesar de que tienen ciertas inconsistencias porque ellos no tienen los ingresos de la generación 2009 efectivos sino la totalidad de la generación. De todas formas, junté las dos bases y me fijé qué había pasado con los egresos de la generación 2009 en vinculación con la aprobación del BCC1 en el primer o en el segundo período.

La cantidad de estudiantes de la generación que aprobaron en el tiempo teórico previsto, 31 de julio de 2016, fue de 165. De los estudiantes que no salvaron el BCC1 en el primer o en el segundo período, solo el 3,4 % se recibió, esto es, 24 estudiantes. De los que sí salvaron el BCC1 en el primer o en el segundo período, se recibieron 141 estudiantes, casi 60 % de la población. Comprobamos que las dos poblaciones se comportan en forma diferente y no ligada al azar. También vemos que existe una asociación positiva entre aprobar el BCC1 en el primer o en el segundo período y recibirse en la fecha prevista.

Por lo tanto, el desempeño estudiantil en cursos y exámenes del ciclo a marzo de 2012 ha sido significativamente superior en estudiantes de la generación 2009 que aprueban el examen final del BCC1 en el primer o en el segundo período. La no aprobación del BCC1 en el primer o en el segundo período poscursado compromete el avance académico dentro de los plazos estipulados por el plan 2008. Este hecho se mantiene en etapas posteriores de la carrera, tal como lo muestra el análisis referido a la población que egresa en el tiempo teórico previsto. Otro aporte es que parte de los estudiantes, alrededor de 200, se desvincularon de Medicina pero están insertos en otras carreras.

Los resultados mostrados constituyen un insumo para profundizar el estudio fundamentado de las trayectorias académicas estudiantiles en la institución. Por otra parte, dado que el período de tiempo de referencia del estudio comienza con el inicio del plan, estos resultados pueden constituir un aporte relevante para la evaluación del plan y eventuales cambios o ajustes que se quieran hacer.

Aparte de agradecerles por su atención, quiero agradecer especialmente a quienes brindaron los datos para este análisis: el Departamento de Administración de la Enseñanza, el Servicio Central de Informática de la Universidad de la República y la Secretaría de Apoyo a la Enseñanza de la Facultad de Medicina. El equipo que dirige Valeria Lima trabaja muchísimo para poder atender cinco mil estudiantes al año.

La mirada del estudiante

Br. Martin Everett - Asociación de los Estudiantes de Medicina

En el año 2008, luego de varios años de discusión se aprueba el Nuevo Plan de Estudios de la Carrera Dr. en Medicina. Han pasado desde entonces 9 años, y nos encontramos a un mes de que la segunda generación de nuevos médicos egrese. Hoy la Facultad de Medicina hace una pausa y se propone comenzar un proceso de evaluación del camino recorrido en esta última década con la intención de fortalecer los aspectos positivos del nuevo plan y evidenciar aquellas debilidades que requieran ser atendidas en los diferentes espacios de cogobierno.

Los estudiantes reconocemos el valor de instancias como estas pero consideramos que la evaluación tiene que ser un proceso continuo, y que el rol del cogobierno, la construcción colectiva y el intercambio fraterno entre los órdenes es esencial para ello. La Facultad como institución se debe la creación de estructuras que generen insumos continuos para conocer la situación en la que estamos parados y para tomar decisiones fundadas en materia de enseñanza.

Nuestro orden se reconoce como un orden diverso, en el que existe diversidad de opiniones y análisis en torno a nuestro nuevo plan de estudios.

En ese sentido, los consejeros estudiantiles queremos realizar algunos aportes a la discusión, pero esperamos que las expresiones de todos los estudiantes que transitan la carrera día a día y que se encuentran hoy en la jornada sea lo central y enriquezca las discusiones en los talleres.

En primer lugar, queremos hacer referencia a la estructura académica de la carrera. Se propone en el año 2008 un modelo cíclico que se repite en un primer y un segundo trienio, con un ciclo final práctico y materias optativas y electivas. Se establece el módulo como la unidad básica de cursado y el semestre como la unidad básica temporal.

Si bien la estructura en general ha permanecido incambiada, no podemos dejar de señalar algunas modificaciones que se han realizado en la implementación, sobre todo en los últimos años, debido principalmente a rigideces en la concepción original, a dificultades administrativas y a los escasos recursos presupuestales de la Facultad de Medicina ante una creciente población estudiantil.

Destacamos en primer lugar la necesidad de romper con la estructura en semestres que la práctica nos ha demandado. Hemos visto como la anualización de determinados Ciclos y módulos ha resultado en un mejor aprovechamiento del tiempo y de los recursos docentes, y con ello la mejora en el aprendizaje.

Hemos incluido en las últimas modificaciones realizadas por la Asamblea del Claustro las Unidades Curriculares con el cometido de romper con la lógica disciplinar de la enseñanza pero también como sustitución de los módulos que en muchos casos generaron la integración forzada de contenidos no necesariamente relacionados entre sí, y dificultaron el transcurso de los estudiantes por la carrera.

Hemos visto con preocupación un deterioro gradual en la formación clínica de los estudiantes, con la progresiva desaparición de la formación clínica en los primeros años de la carrera, pilar fundamental y novedad de nuestro nuevo plan.

Hemos sido testigos de la dificultad en la implementación de las materias optativas y electivas debido a la escasa oferta inicial, reconociendo un gran trabajo de la comisión para ampliar la oferta y la cantidad de cupos disponibles, destacando especialmente la creación de pasantías clínicas en verano, de alto cupo, para los estudiantes más avanzados de la carrera.

Por otro lado, no podemos dejar de hacer referencia al creciente desafío de la masividad estudiantil que ha sido fundamento de algunos de los cambios realizados en la estructura y que nos demanda creatividad y propuestas a futuro. Los estudiantes vemos en el creciente acceso a la educación superior una oportunidad para el país que no debe ser desaprovechada. Por suerte cada vez más estudiantes del interior acceden a nuestra universidad, siendo actualmente la mayoría de ellos la primera generación en su familia que accede a estudios terciarios.

Lamentablemente, la creciente matrícula estudiantil no se ha visto acompañada por un aumento acorde de recursos presupuestales, condenándonos a presenciar teóricos sentados en el piso, a eliminar las instancias de aprendizaje en pequeños grupos, a renunciar a las tutorías personalizadas que son la base pedagógica sobre las que se fundamenta el plan.

La falta de materiales y docentes es un problema gravísimo en nuestra facultad, generando insuficiente número de libros en la biblioteca, grupos de 40-50 personas por cada cadáver en Anatomía, un número inaceptable de estudiantes por cada microscopio en Histología, distorsionando esta situación el adecuado aprendizaje del estudiante y perdiendo grandes valores de este Nuevo Plan.

Tampoco el crecimiento de la masa estudiantil se ha visto acompañado de un aumento en los escenarios de aprendizaje, lo que ha generado la necesidad de cambios en la implementación del plan de estudios así como también ha atentado contra la calidad de la asistencia de los usuarios más vulnerables de los servicios de salud de nuestro país y ha generado una sobre- intervención de las comunidades que roza el umbral de lo ético.

Asistimos en nuestros hospitales a salas en las que grupos de hasta 25 estudiantes rodean a personas en su mayor período de vulnerabilidad como lo es estar enfermo e internado. Creemos que la Facultad de Medicina debe ser la primera en abogar por una humanización de la asistencia y de la enseñanza, y la primera en rechazar la concepción de los usuarios como meros objetos de aprendizaje.

Los estudiantes defenderemos con firmeza como históricamente lo hemos hecho el libre acceso a la Universidad, lo que implica asegurar las condiciones para la permanencia de los estudiantes en la institución, sin que ello implique un deterioro de la calidad de la enseñanza. Hacemos entonces un llamado a los órdenes a luchar en unidad por un presupuesto justo para la educación pública y a pensar en estrategias para ampliar los escenarios de formación no sólo en el sector público de nuestro sistema de salud, sino también en el sector privado.

Como señalamos al inicio, hoy nos encontramos ante una instancia puntual de un proceso que debe ser continuo. Esperamos que en la jornada prevalezcan los principios de intercambio fraterno aún en la diferencia, y que no olvidemos que nuestros objetivos finales son comunes: mejores médicos para nuestro sistema de salud, ciudadanos más críticos para el país y una asistencia digna para nuestros pacientes.

TALLERES PRIMERA PARTE

Estructura académica del plan y su implementación actual

Relatoría del taller

Moderadores Edén Echenique, Nicole Griot, Catalina Píriz.

Esta mesa se desarrolló en el anfiteatro de Fisiología con una concurrencia superior a los 100 participantes.

A los efectos de ordenar la discusión del taller, la mesa moderadora presentó al inicio una pauta en base, tomando las líneas curriculares definidas en el Plan a desarrollarse a lo largo de toda la carrera, los ejes metodológicos y los criterios de evaluación:

1- *La enseñanza de la **bioética** impregnando todos los contenidos, como contraparte de los problemas comunitarios, los de investigación y clínicos*

2.- *Inserción en las **tareas comunitaria y del primer nivel de atención***

3.- *Aprendizaje del **método científico** desde el inicio, intensificando en dos módulos específicos al final de cada trienio y el desarrollo de un trabajo de investigación final.*

4.- *Aprendizaje de **habilidades comunicacionales y clínicas***

5.- *La **integración básico-clínica** con predominio de las ciencias básicas al inicio y de las clínicas hacia el final de la carrera*

6.- *La aplicación de una **metodología de enseñanza basada en el aprendizaje grupal**, la presentación de contenidos en forma de problemas, aprendizaje autodirigido, tutores para APG y Trabajo de campo, utilización de la Plataforma EVA.*

7.- ¿La **metodología de evaluación** empleada se corresponde con la **metodología de enseñanza**?

Podemos decir que hubo acuerdo general en lo positivo de las innovaciones planteadas por el nuevo plan, como así también en que las dificultades en su implementación no se debieron al diseño del mismo sino de otros factores que se trataron de analizar.

RESUMEN Y SÍNTESIS DE OPINIONES EN EL TALLER:

La **creditización de las unidades curriculares** facilita la flexibilización de la currícula. Se observa que los créditos consignados en el Plan están desproporcionados y deberían reformularse. Si bien Bedelía otorga créditos en la escolaridad por los ciclos o unidades aprobadas, la verdadera creditización por unidad curricular es una tarea que se está pudiendo realizar seriamente recién a partir del año pasado, desde la designación de la Directora de Carrera y la Comisión Académica de Carrera.

La **exigencia de completar créditos con materias optativas y selectivas**, es un acierto que contribuye a una formación diversa y ofrece la posibilidad al estudiante de profundizar en áreas disciplinarias de acuerdo a sus preferencias. Esto ha implicado un lento y dificultoso proceso para la creación de nuevos cursos y unidades temáticas creditizados para cubrir la demanda de todos los estudiantes

El **comienzo en Pediatría y Ginecología** (CSMEIA) se valoró como positiva por alguno de los participantes, en la medida que emparejaba el aprendizaje de la clínica con la sucesión de los ciclos vitales. Pero muchos consideraron que los estudiantes llegaban con una escasa formación en semiología y clínica, contra lo que se esperaba se lograra en el primer trienio. No se cumplía cabalmente lo postulado en el Plan de Estudios de que debían iniciar el aprendizaje de las habilidades clínicas allí. Se da entonces que el primer encuentro del estudiante con un paciente lo hace careciendo de las habilidades clínicas necesarias para encarar la complejidad de la salud de la mujer, la embarazada y el niño en sus diferentes etapas y el entorno familiar. Por algunos participantes se utilizó el término de que este primer encuentro se daba justamente "*con los más vulnerables*", mujeres, embarazadas y niños

más pobres que se atienden en los hospitales públicos, poniendo en evidencia el problema ético de enfrentarlos a grupos numerosos de estudiantes. Algunos propusieron estudiar una modificación de la ubicación de ESMEIA para que se cursara después de la Clínica de adultos.

Proporcionar **herramientas de aprendizaje y enfocar en el desarrollo de las habilidades comunicacionales**. Estos fueron señalados como uno de los propósitos mejor logrados del Plan con alumnos que se desempeñan mejor en esas áreas en los cursos clínicos. Esa metodología es la del trabajo en pequeños grupos, el ABP (o APG), y los talleres en el aprendizaje de habilidades comunicacionales con ejercicios de “rol spel”, trabajo con actores y realización de una entrevista. Aporta herramientas para un mejor manejo del trabajo grupal, el relacionamiento con sus compañeros, los docentes, las comunidades donde concurren y los pacientes en los servicios clínicos.

Los **tutores como facilitadores del trabajo grupal** (APG y TC) fueron un recurso nuevo y significativo aportado para el desarrollo del nuevo plan. Se señaló las señales contradictorias dadas por la propia Facultad hacia ellos, no regularizando su función, manteniéndolos en la precariedad y la incertidumbre de sus cargos que son llamados a último momento año a año, con contratos de pocos meses.

Las **tutorías entre pares** de reciente creación van en el mismo sentido buscando la mejor inserción y adaptación de los estudiantes de ingreso.

El uso de la plataforma EVA se constituyó en una poderosa herramienta, funcional a la comunicación grupal y con los docentes, el acceso a bibliografía y el desarrollo de tareas a través de la misma. Tiene un gran potencial dentro de los cuales no es menor el ofrecer grandes posibilidades para facilitar las tareas de aprendizaje en contexto de numerosidad.

Proceso de descentralización al interior y fuera de los ámbitos hospitalarios. El desarrollo del trabajo de campo y el aprendizaje en laboratorios de habilidades clínicas en el primer trienio se amplió a una diversidad de barrios de Montevideo, pueblos de Canelones y Florida.

Los ciclos clínicos mantienen una continuidad en el primer nivel de la zona metropolitana y también Salto y Paysandú. Este proceso se ve actualmente comprometido por el creciente aumento de la matrícula, que pone en riesgo de saturación los espacios comunitarios y genera dificultades para la ubicación de los estudiantes en los locales pequeños que se disponen en la periferia. Hay un cuestionamiento ético a la sobreutilización de comunidades ya de por sí expuestas y vulnerables. Surgió repetidamente como reclamo y demanda gestionar la utilización de todos los servicios del SNIS para el aprendizaje y no sólo los de ASSE o municipales. Romper con el modelo de aprendizaje en los pobres para recibirse o terminar un posgrado para luego atender y ganar los mejores sueldos por atender a la población de mejor situación económica y social.

Se plantea la búsqueda de estrategias para evitar el congestionamiento de los servicios de la periferia, buscando la subdivisión de los grupos de estudiantes, la búsqueda creativa de tareas alternativas, la utilización en mayor medida del ABP, entre otras.

La posibilidad de exoneración de unidades curriculares es un avance posible fortaleciendo la evaluación continua, formativa, como en el caso de CGI de 5to año. Tratando de que la misma evalúe la adquisición de competencias clínicas. En ese Ciclo en particular se hicieron 4 mini – CEX, observación y feedback de la actuación, y varias pruebas escritas a lo largo del curso.

La formación en la metodología científica a lo largo de toda la carrera y en especial los módulos al final de cada trienio y la presentación de un trabajo final, fueron destacados como un avance significativo para la formación científica de los estudiantes, dotándolos de herramientas para el autoaprendizaje, la búsqueda y valoración de la información científica y la capacidad de su utilización en el encare de situaciones clínicas.

La introducción de la reflexión Bioética desde el inicio, aunque con dificultades para vincularla en forma directa con la práctica de campo y clínica, ha tenido un impacto importante en la formación que ya se nota en la actitud de los estudiantes al avanzar en la carrera y enfrentarse a situaciones

clínicas. Es un ejemplo de esto su reacción negativa frente a aquellos casos que viven como situaciones de exposición de los pacientes como objetos de aprendizaje.

La creación de la **Secretaría de Apoyo a la Enseñanza(SAE)** para el primer trienio ha significado una importante facilitación de la gestión de los ciclos. Se plantea la necesidad de que cubra las necesidades de toda la carrera.

El Plan está inspirado en una base conceptual. Podemos o no estar de acuerdo con ella pero es la que lo inspira y la que debe guiar la implementación, más allá de las dificultades por el número de estudiantes y docentes disponibles. Más allá de las diferencias debemos consensuar en esa base conceptual y no hacer cosas que van contra la misma.

Las unidades curriculares tienen que ser integradas de verdad y no una yuxtaposición de disciplinas como se observa en muchos de los casos.

Nos planteamos que los estudiantes pierden siempre en Biología Celular. Esto pasó con el plan anterior y con el actual y no nos preguntamos porqué esto ocurre y cuales serían las soluciones.

Han habido muchas dificultades para la **integración básico/clínico**. Esto pasó con el plan anterior y a pesar del planteo del nuevo plan sigue sin cumplirse. Solo será posible si los docentes de ambos campos se convencen de la necesidad de la misma. Las clínicas creen que alcanza con la clínica. Los básicos piensan igual con las básicas. La falta de logros en este ítem no es problema del Plan.

Las ciencias básicas son necesarias a lo largo de toda la carrera. Es necesario pensar la carrera en su totalidad y definir los contenidos de las mismas para el primer trienio y para el segundo trienio. No tiene por qué estar todas las básicas concentradas en el primero.

Se observa una **planificación disociada de cada unidad, curso, ciclo, del conjunto del curso**. Hay que definir cuales son las competencias que tiene que tener el estudiante al final del primer trienio como forma de ir a una planificación unificada.

Un docente planteó en su intervención que el 80% de los estudiantes aprueba el Ciclo Introdutorio y en CBCC1 aprueban sólo el 30% que al final son los que terminan la carrera y se reciben. De esto deduce que el resultado del Ciclo Introdutorio es cero. Una estudiante reflexiona que el Ciclo Introdutorio debe permanecer como tal, como introducción y reflexión inicial sobre la opción de carrera, introducción a la Facultad y a la Universidad. Y que en realidad deberíamos pensar porqué el fracaso en CBCC1.

No olvidar que el perfil del egresado apunta a formar un médico humanista con mirada integral. Es necesario abandonar la óptica desde la cátedra tradicional y pasar a una perspectiva por encima de cada curso en particular, que tenga como objetivo el producto final. Para eso es necesario que todos tengamos una mirada de toda la carrera y no fragmentada, ciclo a ciclo.

La numerosidad que se acrecentó los dos últimos años con matrícula de 2000 estudiantes, plantea una dificultad extra que obliga a buscar nuevas estrategias de aprendizaje. Subdividir grupos, emplear más ABP. Se necesita reforzar la formación docente.

Se impone la necesidad del desarrollo de objetivos de aprendizaje para cada unidad curricular. La definición de estos objetivos no está siempre presentes con claridad a lo largo de los cursos de toda la carrera.

Se plantea la necesidad de que las decisiones con respecto a la implementación del Plan sean respetados, ya que se nota falta de autoridad hacia el DEM, la Comisión de Implementación del Plan de Estudios y el Consejo para lograr que algunas clínicas o departamentos aporten su esfuerzo al cumplimiento del mismo. No puede ser que haya Clínicas que deciden no recibir estudiantes y eso no tiene consecuencias.

Programa de evaluación de competencias.

Prof. Agdo Fernando Ramos

La exposición presentada se encuentra disponible en:

<http://www.claustro.fmed.edu.uy/>

Población estudiantil: estrategias a futuro

Relatoría del taller

Moderadores Marcela Cuadrado, Ricardo Escobar, Verónica Torres.

Para realizar un análisis ordenado de la situación actual de la enseñanza en la carrera Doctor en Medicina centraremos la discusión en varios ejes, incluyendo la relación de los recursos docentes e institucionales y el número de estudiantes, los aspectos edilicios y escenarios de aprendizaje, aspectos relacionados al uso de las tecnologías de la información y la comunicación y las implicancias bioéticas de la numerosidad estudiantil.

ESCENARIO ACTUAL:

Recursos institucionales, docentes y número de estudiantes:

La matrícula en la universidad y particularmente en Facultad de Medicina tiene una tendencia muy marcada al aumento, Uruguay es uno de los países latinoamericanos que apunta al acceso universal a la educación terciaria y la Universidad de la República con su función de formar profesionales en todas las áreas del conocimiento y la cultura recibe a una gran diversidad de estudiantes, la gran mayoría provenientes del interior del país y siendo la primer generación de su familia que ingresa a estudios de educación superior.

El aumento del número de estudiantes no se ve acompañado de un crecimiento presupuestal, los aportes del gobierno a la Universidad son insuficientes prácticamente desde su existencia y a raíz de esto se evidencia una reducción del presupuesto por estudiante.

Las consecuencias de esto, son conocidas por todos, aulas abarrotadas de estudiantes, pocos docentes por estudiante, deterioro edilicio, disminución del número de camas en hospitales en los que se imparte formación y rezago en las funciones de investigación en la Universidad.

Aspectos edilicios y escenarios de aprendizaje:

Es visible por todos que los bajos recursos presupuestales han generado un rezago en el mantenimiento de los edificios de Facultad de Medicina y el Hospital de Clínicas y el crecimiento en el número de estudiantes no acompaña a la construcción de nuevos edificios para recibirlos.

Podemos destacar también que quedan muchos escenarios de enseñanza para descubrir, dentro y fuera de Facultad de Medicina, fundamentalmente para la formación clínica. Sin caminar muy lejos podemos destacar que un 40% de los docentes de la Facultad de Medicina, no dedican sus actividades a la enseñanza de grado, cuestión que tiene que revertirse urgentemente y que puede generar nuevos entornos de formación.

Aspectos relacionados al modelo de enseñanza actual y el uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación

En el contexto mundial actual las tecnologías de la información y la comunicación han revolucionado las formas de comunicar y transmitir conocimiento. Nuestra universidad es partícipe de esta nueva tendencia global y se encuentra entre las instituciones que tienen mayor utilización de plataformas de aprendizaje.

El aumento de escenarios de enseñanza en línea se ve como algo muy beneficioso desde el punto de vista docente y estudiantil pero los modelos de enseñanza tradicionales siguen siendo perpetuados aun por este medio.

Institucionalmente se destaca la presencia de un modelo basado en la transmisión de conocimientos en forma vertical, sumamente relacionada al modelo tradicional de enseñanza fundamentándose en las carencias presupuestales que vivimos.

Es incorrecto afirmar que estos modelos se deben solamente a las carencias presupuestales y es necesario reconocer que los docentes de nuestra facultad necesitan tiempos de formación pedagógica y didáctica para optimizar las tareas que realizan y proyectar en mejor forma los cursos y exámenes.

Hay una cultura muy presente entre algunos docentes que se basa en la ilusión del adidactismo en sus clases, generando muchas debilidades en el dictado de los diferentes cursos, formulación de exámenes, tareas, etc.¹

Implicancias bioéticas de la numerosidad estudiantil:

Los procesos de enseñanza en la clínica se basan en la adquisición de destrezas, competencias y conocimientos en el acto de asistir al paciente y son adquiridas a través del entrenamiento estructurado. Existen clásicamente tres actores en ese escenario de aprendizaje, el docente, el estudiante y el paciente, siendo éste último el fundamental.

Es una realidad muy conocida que la cantidad de estudiantes por paciente va en aumento, estando en un promedio de cuatro estudiantes por paciente en los diferentes servicios y siguiendo la misma tendencia, hay unos 20 estudiantes por docentes en los entornos clínicos.

Las repercusiones de esta relación son varias, la calidad de formación recibida se ve obstaculizada, generalmente por la restricción temporal para que todos los estudiantes puedan participar de las actividades.

Más preocupante aún es la situación del paciente que se encuentra en su estado de mayor vulnerabilidad y es examinado, interrogado e invadido múltiples veces en el día por distintos estudiantes, docentes y personal de salud.

ESTRATEGIAS A FUTURO:

Luego de la descripción del escenario actual se pueden destacar algunas soluciones o estrategias que permiten modificarlo en mayor o menor medida.

El problema fundamental consiste en contemplar el aumento sostenido de la matrícula manteniendo un nivel adecuado en la formación de los estudiantes y permitiendo la expansión de conocimientos científicos.

Hay muchas evidencias que concluyen que la regulación del ingreso no es una estrategia a utilizar, la Universidad tiene un modelo de acceso y permanencia que se ratificó en 2008 durante la Conferencia Regional de

Educación Superior en América Latina y el Caribe y destaca que es necesario generar políticas de equidad para el ingreso y mecanismos de apoyo público a los estudiantes.

Nuestra Facultad permite además un modelo de inscripciones múltiples o posibilidad de retomar estudios sin pérdida de la calidad de estudiantes, esto busca motivar la permanencia del estudiante en la institución.

Es tendencia mundial que las universidades dejen de ser centros de elite o para unos pocos como fueron durante siglos, el pensar que las universidades buenas son necesariamente para unos pocos es profundamente antidemocrático: Una universidad de calidad sólo lo es realmente, si no es una universidad para unos pocos².

Además de lo analizado anteriormente, podemos remitirnos un análisis más pedagógico de la restricción al ingreso, estudios en la UdelaR que indican que los estudiantes que tienen bajas calificaciones en pruebas diagnósticas al inicio de la carrera, o sea, estudiantes que hubieran reprobado una prueba de ingreso, al cabo de 2 o 3 años tienen un nivel de desempeño similar al resto de sus compañeros³.

Para mantener el nivel adecuado de formación es necesario transitar un proceso de cambio que promueva la selección adecuada de contenidos a enseñar y buscar que el aprendizaje de los mismos sea autorregulado por el estudiante, generando espacios de intercambio con el docente y que este actúe como guía del proceso de enseñanza. Para esto, los docentes requieren espacios de formación en pedagogía, didáctica universitaria y el uso de las TIC que brinden herramientas para la planificación adecuada de clases y su oportuna evaluación.

Es un consenso que los escenarios de aprendizaje en la clínica se deben expandir con el objetivo de respetar la dignidad de los pacientes y asegurar la mejor formación para los estudiantes, hay un largo camino que recorrer probando experiencias en la formación del grado en prestadores públicos y privados que están asociados a Facultad de Medicina para la

enseñanza del posgrado e involucrando a servicios que no participan en la enseñanza del pregrado.

Indudablemente es necesario reafirmar la necesidad de un presupuesto universitario justo que contribuya a las mejoras edilicias, aumento del número becas estudiantiles, remuneración docente y la refuncionalización del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”.

Enseñanza en el tramo inicial de la carrera de Medicina: escenario actual y perspectivas.

Julio C. Siciliano Departamento de Histología y Embriología Unidad de Coordinación Curricular julio.c.siciliano@gmail.com

La exposición se enfocará en el primer trienio de la carrera, sin entrar en consideraciones sobre los niveles que implican la relación de docentes y estudiantes con pacientes.

1- EL ESCENARIO ACTUAL

El escenario en que se desarrolla la enseñanza en los primeros años de la carrera está pausado por algunos elementos fácilmente identificables:

Uruguay sigue la tendencia cada vez más clara y extendida de democratización del ingreso a la educación superior. La matrícula de UdelaR se triplicó aproximadamente en 30 años, y las proyecciones hasta 2030 señalan un crecimiento sostenido. En la Facultad de Medicina la matrícula en los últimos 7 años creció un 83% (aumento del 7,8% promedio interanual).

El aumento de la matrícula estudiantil se ha acompañado de un relativo congelamiento de aportes estatales. En los primeros años de la carrera las actividades de enseñanza en la actualidad se desarrollan en aulas repletas y con una baja relación numérica docente/estudiante.

Otro componente del escenario actual de la enseñanza universitaria de las ciencias, que afecta la enseñanza y plantea la necesidad permanente de revisión y adaptación de los contenidos es el extraordinario crecimiento y

^{1,2} Siciliano, JC. *Enseñanza en el tramo inicial de la carrera de Medicina: escenario actual y perspectivas*. Presentación en el Taller “Población estudiantil: estrategias a futuro”, Jornada Institucional de Evaluación del Plan de Estudios, Asamblea del Claustro de la Facultad de Medicina (junio de 2017).

³ Bentancur N. Cinco dilemas universitarios de comienzos de siglo. Rev. Uruguaya Cienc. Política. 2004; 14:85–101.

dinámica de los conocimientos científicos y tecnológicos.

Nuestro escenario actual también está pautado por la expansión y desarrollo del uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), cuyo papel en los procesos de enseñanza y de aprendizaje es cada vez mayor.

En general, más allá de algunas iniciativas que apuntan en otras direcciones, la enseñanza continúa centrada en la acumulación de conocimientos y la transmisión de información.

2- ESTRATEGIAS DE CAMBIO

¿Cómo mantener la calidad de la oferta académica articulando a la vez el aumento sostenido de la matrícula, la expansión de los conocimientos científicos y con recursos acotados? En el escenario que acabamos de describir parece virtualmente imposible ofrecer cursos universitarios de buen nivel sin afectar alguno de los términos. Hasta ahora la variable más afectada es el nivel educativo, y probablemente esta afectación no ha sido aún mayor debido a la acumulación histórica de un importante acervo cultural y académico en la institución.

La reducción del número de estudiantes mediante algún mecanismo de control del ingreso nos parece totalmente inadecuada cuando se analiza desde los enfoques ético-político y pedagógico. Por otra parte esta posibilidad se encuentra laudada desde el punto de vista normativo.

El incremento del presupuesto universitario, obviamente necesario, no constituye sin embargo una respuesta suficiente para enfrentar los desafíos mencionados.

Debe modificarse el currículo “en acción” (Camilloni), es decir lo que realmente se enseña, analizando cuidadosamente qué y cómo enseñar. Para llevar adelante esta transformación de la enseñanza debe adjudicarse valor a su función y no subordinarla a otras actividades en la institución.

Se debe desterrar la ilusión del adidactismo tan arraigado en la institución, y las actividades de enseñanza deben considerarse acciones problemáticas en sí mismas por lo que deben ser cuidadosamente planificadas, evaluadas e investigadas.

Los cursos universitarios no pueden continuar centrados en transmitir conocimientos cada vez más actualizados, sino que el énfasis se debe poner en facilitar la adquisición de las herramientas conceptuales, metodológicas y técnicas que capaciten a los estudiantes para comprender la literatura científica contemporánea y que les motive para continuar explorando, estudiando e investigando de modo permanente durante su desarrollo profesional en disciplinas esencialmente dinámicas. En este “formar para lo desconocido” que debería ser la meta de la educación superior en la actualidad, la enseñanza requiere pasar del modelo vertebrado en la transmisión de información a uno centrado en el estímulo al aprendizaje autorregulado.

¿Qué acciones emprender?

- Abandonar el modelo pedagógico tradicional centrado en la transmisión de la información y la acumulación de conocimientos, a favor de uno vertebrado en el aprendizaje autorregulado.
- Realizar una cuidadosa selección de contenidos en nuestros cursos, y diseñar cuidadosamente las actividades.
- No intentar continuar con las mismas actividades “a escala” dando clases en salas cada vez más grandes o repitiendo las instancias cada vez un mayor número de veces.
- Utilizar la expansión y el desarrollo de las TIC como una herramienta para el fortalecimiento de estos modelos de aprendizaje, aunque priorizando el aumento de la calidad de las actividades presenciales.

Población estudiantil. Estrategias a futuro

Prof. Agda Mercedes Perendones

La exposición presentada se encuentra disponible en:

<http://www.claustro.fmed.edu.uy/>

Estructura administrativa de sostén del Plan de Estudios

Relatoría del taller

Moderadores Rodolfo Levin, Sara Llambí y Javier Jara

¿Por qué, para qué, cómo, quiénes?

Contestar estas preguntas, puede ayudar a visualizar algunas dificultades de la actual situación respecto a la estructura administrativa.

La puesta en marcha de un nuevo plan de estudios y su posterior ejecución, necesita de varios actores: docentes, estudiantes, y también del sector administrativo. Este último brinda el apoyo para un adecuado desarrollo de cursos y exámenes.

Son múltiples las tareas, como puede corroborarse en la descripción que reglamenta el accionar de la Secretaría de Apoyo a la Enseñanza (SAE) del 1er trienio. La enumeración de funciones es necesaria, pero cabe señalar que el objetivo primordial es **resguardar el registro de la actividad del estudiante**.

La Facultad tiene, ante la sociedad, la responsabilidad de formar médicos. Tiene la obligación de certificar que quienes egresan hayan cumplido con absolutamente todos los requisitos establecidos.

Cada estudiante debe concurrir a los cursos obligatorios en la forma definida en el reglamento, y haber demostrado niveles de suficiencia en cada una de las evaluaciones.

Debe existir una estructura administrativa que custodie esa valiosa información.

Esta tarea fundamental y otras (como el apoyo logístico a lo largo del curso y en la preparación, desarrollo y corrección de los exámenes),

generalmente no son percibidas en toda su dimensión cuando se realizan de buena manera. Pero se visibilizan, y de qué modo, cuando no funcionan bien.

Actas de curso y de exámenes fuera de los plazos, listas de estudiantes condicionales, es decir, información incompleta y atrasada, generan la molestia del orden estudiantil y la preocupación de las autoridades, siendo circunstancias de máxima tensión. Las causas de estas irregularidades son de distinta índole.

Corresponde a la institución revisar los procesos para asegurar su correcto desarrollo y al área administrativa acompañar los procedimientos, cuidando que se realicen correctamente dentro de los plazos definidos.

Cómo y quiénes

En el Plan 1968 el estudiante obtiene una calificación final por ciclo, resultado de la ponderación de las notas logradas a lo largo del curso y en los exámenes finales. El Plan 2008 presenta, hasta ahora, similar modalidad.

Las secretarías de los servicios y de los cursos se vuelven fundamentales, porque son quienes resguardan las calificaciones parciales hasta tanto el estudiante apruebe el ciclo o la unidad curricular en su totalidad. Una vez cumplido, son quienes elaboran el acta que llegará a Bedelía.

Por tanto, las actas de cursos o de exámenes exigen un trabajo previo de recopilación y procesamiento de información, remitida por docentes de los distintos servicios involucrados.

Además el Plan 2008 adopta el sistema de creditización, obligando al estudiante a sumar créditos por materias electivas y optativas. La implementación del Plan ha requerido ajustes. Los cursos han sufrido modificaciones año a año. Estos cambios deben ser tenidos en cuenta al momento de evaluar a quienes se han rezagado. Existe un marco reglamentario, pero no es posible la generalización.

Asimismo, la mayor flexibilización respecto a planes anteriores (en cuanto a régimen de previaturas y a elección del orden en el cual cursar las

unidades curriculares a partir de 4º año) hace más complejo el seguimiento de los estudiantes.

Aún más personalizada es la atención de cursantes de planes anteriores (Ciclipa, gen 82 y anteriores, Plan 45!). Vale recordar que la Ley Orgánica de la Universidad los ampara en su derecho a mantener el plan de estudios de ingreso.

En el Plan 1968 el apoyo administrativo estaba dado por las secretarías de las cátedras y servicios y especialmente por los ayudantes de profesor (cargo docente ocupado por estudiantes de medicina o médicos recién recibidos)

Al definirse la estructura por ciclos, se establecen las coordinaciones correspondientes y se crean los cargos de ayudante para los coordinadores. Tal lo que ocurre entre 1986 y 1989. En 1990, los cargos de ayudante salen del escalafón docente y pasan al técnico, con la denominación de asistentes de profesor.

Posteriormente dichos cargos dejan de proveerse a medida que van quedando vacantes.

El advenimiento del Plan 2008 encuentra una estructura de sostén diezmada. Son escasísimos los cargos de asistente de profesor. Las tareas de apoyo a la enseñanza recaen en las secretarías de los servicios, quedando a criterio de los profesores las actividades que deben realizar sus administrativos.

Es entonces que las autoridades crean la SAE, para atender la situación de los estudiantes de los primeros tres años de la carrera.

La puesta en marcha del nuevo plan -que privilegia la modalidad de trabajo en pequeños grupos- sumado al contexto de numerosidad estudiantil, hacían ineludible la formación de la SAE del 1er. Trienio.

Pero no ocurre lo mismo para el 2do trienio. La SAE aún no se ha creado como tal, y quienes desempeñan la tarea en cada uno de los años de

la carrera (no todos tienen aún un funcionario designado para ello) están dispersos, no existiendo una oficina adonde los estudiantes puedan dirigirse.

En referencia al proceso de creditización, la Comisión de Electivas y Optativas cuenta con el apoyo de una funcionaria, cuya tarea no es exclusiva.

Los datos nos muestran que a lo largo del tiempo ha habido una disminución del número de funcionarios destinados a las tareas de apoyo a la enseñanza, mientras que la carrera ha tenido un crecimiento sustancial de la matrícula, así como un aumento del número de materias o unidades curriculares, con el consiguiente incremento de instancias evaluatorias.

Sin duda el buen funcionamiento se apoya en la capacidad y disposición de las personas involucradas, pero sería imperioso planificar e implementar una estructura acorde a las necesidades actuales, adjudicar equipamiento adecuado y definir el perfil y las tareas de los funcionarios asignados.

Importancia de la Estructura Administrativa

Directora del Departamento de Administración de la Enseñanza Stella Puppo

La exposición presentada se encuentra disponible en:

<http://www.claustro.fmed.edu.uy/>

Desafíos en la descentralización

Relatoría del taller

Moderadores Jorge Montaña, Yamandú Bermudez, Federico Figueredo, Francisco Cópola.

Se realiza en el comienzo algunas consideraciones sobre los inicios y evolución de la descentralización de la UDELAR. La descentralización, entendida como una política pública orientada a la creación de centros universitarios regionales (CENURes) que desarrollan todas las funciones universitarias, se consolidó en el Presupuesto 2011-2015. Aquel objetivo establecía: "Impulsar el desarrollo de la Universidad en todo el país, como forma de promover la equidad geográfica y social"

- Centro Universitario Regional del Este. Fue creado como CURE en 2007 con áreas de influencia sobre los departamentos de Maldonado, Rocha, Lavalleja y Treinta y Tres.
- Centro Universitario Regional del Litoral Noroeste. Creado en 2014 con base en los anteriores RN y CUP con la inclusión como Unidades asociadas de las Estaciones Experimentales de San Antonio y Mario A. Cassinoni, la Unidad de Extensión de Bella Unión y la inclusión de los departamentos de Río Negro y Artigas, a través de la creación de las Casas de la Universidad.
- Centro Universitario Regional del Nordeste. Proyectado sobre los actuales CUR y CUT, la novel Casa de Cerro Largo (creada en 2013) y la inclusión como Equipos Asociados de la Estación Experimental Bernardo Rosengurt de Bañado de Medina.

La política de descentralización excede con mucho a una política de transferencia de poderes jurídicos desde los organismos centrales hacia distintos puntos en el territorio. En el centro ha sido puesta la idea de "construir universidad de enseñanza, investigación y extensión", sobre una base territorial regional, instrumentando una real democratización del acceso a la Educación Superior y con una institucionalidad singular: el CENUR.

Debe enfatizarse que el CENUR representa una absoluta novedad y singularidad en la estructura universitaria nacional (radicaciones, multidisciplinariedad, desconcentración territorial, y cogobierno de sedes, áreas y órdenes). En consecuencia, no sólo el desarrollo de la idea sino su consolidación una vez creado jurídicamente, requerirá de políticas y asistencia técnica específica que permitan que los CENURes puedan ser instrumentos reales de generación de igualdad de oportunidades y de desarrollo en su región. Esto es la política de descentralización académica-administrativa y contable requiere, se complementa y se funde en una política más amplia que integra políticas específicas de incentivos para sustentar y ampliar la radicación, la diversificación de la enseñanza, el apoyo al aprendizaje, "interfases" y asesoramientos. Generar, en coordinación y complementación con los CENURES y la Comisión Sectorial de Investigación, un sistema diversificado de oportunidades que incentive la radicación de docentes y de grupos de docentes en el interior sobre la base de cargos con alta dedicación horaria, en especial de jóvenes, el desarrollo integral de todas funciones universitarias y un ajuste con las necesidades de enseñanza e investigación derivadas de cada PRET. Se destaca las trabas administrativas para el desarrollo académico hacia al norte.

PLAN ESTRATÉGICO DE DESARROLLO 2015 – 2019
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA (PLEDUR) Se plantea como debilidad: ausencia de carrera docente para RRHH locales. Se discute como formar recursos. Se discute la posibilidad de tener posgrados en la región. Existen propuestas de posgrado pero no están siendo atendidas. A raíz de eso se sugiere que existe falta de interés político ni de los servicios para apoyar iniciativas regionales de posgrado. Se plantea que el plan estratégico (PRET) no está actualizado, lo cual representa una debilidad. Se discute, a raíz de esto, si hay o no una planificación detrás de los SERVICIOS. El CIO regional es una fortaleza. Hay una innovación en ese sentido que se acompaña de formación de los docentes.

Hay que ver qué apoyarían, en este momento, los decanos de los servicios más pesados (se refiere a los que tienen más prestigio y estructura) Centros y casas de la universidad – Servicios – PDU – CENURES.

Promover, orientar, coordinar y monitorear en coordinación con otras comisiones centrales y los servicios, la transición de las unidades académicas creadas por los programas especiales (Carreras y PDU) a las estructuras académicas permanentes de cada CENUR.

Situación de grado de la carrera de Medicina, en CENUR noroeste

Segundo trienio-

FORTALEZAS: *relación docente/estudiante *relación estudiante/usuario
*proximidad servicios de salud y comunidad

DEBILIDADES: *dificultades para el seguimiento curricular de docentes no radicados *estructura administrativa insuficiente.

Primer trienio *Es necesario? *Es viable?

Según la Investigación cualitativa de Levin y Toledo – SI.

Solamente el 5.8% de todos los médicos del país están radicados al norte del Rio Negro (noviembre de 2012).

EN SUMA SE DISCUTE:

- IMPLEMENTAR UN PLAN DE DESCENTRALIZACION DE ESTUDIANTES DE GRADO Y POSGRADO.
- DESARROLLAR NUEVAS CENTRALIDADES.
- LA CONCENTRACIÓN DE LA ACTIVIDAD ACADÉMICA Y SUS CONSECUENCIAS SOBRE LA RADICACIÓN DE LOS MÉDICOS.
- LA CONCENTRACIÓN ACADÉMICA ALIMENTA LA PERCEPCIÓN DE LOS MÉDICOS DE MONTEVIDEO RESPECTO DEL AISLAMIENTO PROFESIONAL Y EL SIGNIFICATIVO TEMOR FRENTE AL RIESGO DE DESACTUALIZACIÓN QUE IMPLICA LA RADICACIÓN EN EL INTERIOR.



CLÍNICA
Ginecológica
A
Facultad de
Medicina

CEDAS
Centros
Docentes
Asociados

Desafíos en la descentralización

Prof. Agda Diana Domenech

La exposición presentada se encuentra disponible en:

<http://www.claustro.fmed.edu.uy/>

EXPOSICIONES PLENARIAS SEGUNDA

PARTE

Repensando la Facultad de Medicina como Facultad de Ciencias Médicas

Sr. Decano Prof. Dr. Fernando Tomasina

Quizá cuando pensamos en la Facultad de Medicina pensamos en una "escuela" de Medicina. Ahí tenemos una primera dificultad. Mi intención es intentar pensar diferente nuestra Facultad de Medicina; pensarla como un servicio de la Universidad que tiene responsabilidad en investigación, en actividades de extensión y de enseñanza, hacia una gran variedad de técnicos, licenciados, profesionales médicos, etc., que hacen al equipo de salud.

Desde hace varios años tengo una inquietud. Hace poco la Facultad de Arquitectura pasó a ser Facultad de Arquitectura, Diseño y Urbanismo, a fin de identificar claramente su competencia. En nuestra historia hemos perdido a profesionales de la salud que estaban en el marco de nuestra Facultad de Medicina y hoy no lo están. Estamos reunidos en una macroárea de la salud, pero creo que perdimos oportunidades de pensar en una formación mucho más integral, necesaria, en la lógica de la formación universitaria.

Cuando el Claustro motivó estas jornadas lo hizo con la finalidad de hacer un pare en nuestra actividad diaria, en nuestras urgencias en los distintos espacios, para tener una instancia reflexiva sobre el tema. En ese sentido, mi exposición va a tener preguntas más que respuestas. Esa es la lógica de la presentación.

La Facultad no nació como una "escuela" de Medicina sino como una Facultad de Medicina, pero el primer título que dio fue el de partera. El título de médico fue bastante complejo, ya que hubo denuncias de ejercicio ilegal de la Medicina porque no había registros en el Ministerio de Salud Pública de aquel entonces. Además, la Facultad formaba odontólogos y especialistas en trastornos venosos.

Nuestra razón de ser está expresada en el documento que fue utilizado para la acreditación, aprobado por los órganos de cogobierno. Nuestra misión se basa en una serie de principios éticos que hablan de la vocación humanista y de la formación del ciudadano. La participación en el cogobierno es un lugar de formación en valores. Hoy mencionábamos lo importante de nuestra Ley Orgánica en relación a estos principios tan importantes en la formación de la República. La Universidad de la República nació casi conjuntamente con nuestra República, y el concepto de ciudadanía es un valor muy fuerte en ese sentido.

Uno de los aspectos de la misión está referido a la formación de los diferentes perfiles. Es claro que estamos formando profesionales para la promoción, cuidado y rehabilitación de la salud. En esta declaración que hace a la razón de ser de nuestra Facultad estamos expresando un aspecto muy amplio del equipo de salud. Esta es una lógica más para esto que estábamos tratando de razonar en cuanto a si no tendremos que identificarnos de otra forma, y no solo como Facultad de Medicina. Aquí se imparten cursos de grado y de posgrado, así como educación permanente.

Hablar de investigación en salud pensada desde una lógica de la carrera de Medicina está perimido. Es necesario mirarlo desde una lógica bastante más integral que las bases de la vida, los procesos de salud-enfermedad y el proceso de atención, que trasciende claramente los espacios de atención médica. En la formación misma tienen que existir esos espacios articulados necesarios que hacen a las básicas, en las distintas profesiones en el Área de la Salud. Esto es parte de lo que tenemos que repensar acerca de nuestra Facultad de Medicina.

Esta lógica también es aplicable en la extensión.

Dentro de la misión que hemos definido para nuestro servicio universitario está la preocupación por dar respuesta a las necesidades del sistema de salud. Este es otro aspecto que sin duda tiene que ver con la propuesta de formación en los perfiles de las distintas carreras. Nuestra Facultad de Medicina tiene responsabilidad directa en veinte carreras de grado y compartida en dos, una con la Facultad de Ciencias y la otra con una serie de Facultades. Me refiero a la licenciatura en Biología Humana y a la carrera de físico médico. Las otras veinte son responsabilidad directa de la Facultad de Medicina.

Tenemos una potencialidad para interactuar con el sistema, que también habla del peso que tiene la Facultad dentro de la Universidad. Si a esto sumamos nuestra responsabilidad en el hospital universitario apreciamos la dimensión de nuestro servicio. Entonces, deberíamos pensar cómo contribuimos cada uno desde las distintas disciplinas a la formación de estas carreras. Frecuentemente tenemos una visión demasiado dicotómica. No tenemos un campo visual amplio de los lugares y de las responsabilidades que debemos asumir como Facultad de Medicina. También tenemos una carrera binacional con la Universidad de Entre Ríos, que es la de obstetra partera que se dicta en la Regional Norte.

En primer lugar, tenemos la responsabilidad directa de dar cumplimiento a la misión, que tiene que ver con dar respuesta a las necesidades del sistema sanitario. Después tenemos responsabilidad en una serie de carreras. Por otro lado, ¿estamos organizados de tal forma de pensar la Facultad de Medicina con estas responsabilidades? Yo creo que no. Seguimos pensando en un modelo de organización con estructura de escuela. Por ejemplo, están la Escuela Universitaria de Tecnología Médica y la Escuela de Parteras, ambas con su Comisión Directiva. Estamos extremadamente fraccionados y, a su vez, nuestras estructuras docentes responden a modelos de cátedras o clínicas que tienen más o menos articulación con otras cátedras o clínicas que tienen que ver con el espacio disciplinar en el cual están insertos. Esto nos está encorsetando en estructuras que no facilitan la articulación adecuada con otros espacios disciplinares y obligan a una formación tubular que, desde el punto de vista de la gestión, se puede decir que es ineficiente. Con recursos

humanos limitados frente a la alta demanda, hay casos de cupos para el ingreso, lo que contradice las decisiones políticas de la Universidad en su conjunto y en particular de nuestra Facultad de Medicina. Esta mirada facilita la formación tubular, segmentada, presentando una ineficiencia desde el punto de vista de la práctica docente.

Existe la necesidad de modificar los planes de estudios, y en particular actualizarlos a la nueva ordenanza de grado. El plan de estudios de la carrera de doctor en Medicina está en sintonía con las modificaciones de la ordenanza de grado, lo que no está ocurriendo en la mayoría de las carreras de grado de la Escuela Universitaria de Tecnología Médica y de la Escuela de Parteras. Las dos carreras compartidas nacieron con la ordenanza, por lo que el tema de los créditos, la flexibilidad curricular y la posibilidad de tránsitos horizontales está presente.

En la Facultad tenemos experiencias de algunos tramos en los que se comparte espacios de formación, que pueden ser hasta generadores de espacios de investigación, como por ejemplo el espacio de territorio en la carrera de Medicina y de la Escuela de Parteras, desde hace tres años, que ha sido muy exitoso. Esta es una instancia interesante. Más allá de la utilización de los recursos desde el punto de vista gerencial -para decirlo en términos esquemáticos-, existe la posibilidad de una formación que interactúe desde el primer año. Creo que es la única forma de lograr en el futuro profesionales que trabajen en equipo. Es muy difícil plantear la necesidad de actuar en la lógica de equipo y de diálogo si no se tiene formación en espacios comunes frente a los desafíos que significan la atención a la salud y las diferentes situaciones en que esta se presta.

La Escuela de Parteras y la Escuela Universitaria de Tecnología Médica tienen un ciclo común, que es el Esfundo del plan 68 de nuestra carrera de Medicina. Sin embargo, tiene poca articulación con el resto de la Facultad. El CIO Salud ha sido muy criticado, pero es una experiencia interesante del Cenur del Litoral. Allí hay estudiantes con diferentes orientaciones que siguen distintas carreras. Habría que ver si no deberíamos avanzar a un modelo de ciclo inicial, no optativo sino común a las distintas carreras de grado de nuestra Facultad de Medicina. T

enemos que pensar si aquellos aspectos que hacen a las bases biológicas de la vida y a los determinantes sociales de la salud no son comunes a las distintas carreras, incluyendo aspectos éticos, habilidades comunicacionales y método científico. Estas son las bases para cualquier profesional del área.

Gran parte de las carreras de grado de la Escuela Universitaria de Tecnología Médica, por ejemplo, son licenciaturas que habilitan a formación de posgrado en distintas áreas, entre otras, maestrías y doctorados. Entonces, me parece que debemos pensar la formación de una manera mucho más integral. Esto tiene que ir acompañado de un análisis de la estructura de nuestra Facultad, a fin de superar los modelos de cátedras y procurar que la organización esté integrada. De hecho, existen institutos, centros, departamentos de aglutinan distintas cátedras, pero el crecimiento ha sido un poco amorfo o asimétrico, es decir no muy organizado. En el caso de la Escuela Universitaria de Tecnología Médica y de la Escuela de Parteras hay unidades docentes que no tienen un vínculo más que en relación a la carrera y a la enseñanza. Si estamos en la Universidad también debemos pensar en las funciones de investigación, de formación de conocimiento y de extensión, que necesariamente deben ser encaradas de otra forma. No puede haber docentes de una materia. Todo docente tiene que estar integrado por lo menos a una unidad académica donde desarrolle también las otras funciones universitarias. Para eso es necesario generar un cambio.

Por otro lado, la conducción y la gestión de la carrera, con la nueva ordenanza de grado, fija claramente la necesidad de una Dirección de Carrera y de comisiones de Carrera cogobernadas. Tenemos que pensar en otras fórmulas, que no deben negar los valores de nuestra Universidad. El cogobierno deberá tener otras expresiones en el caso de las escuelas, a través de las comisiones de Carrera, de la participación en el Consejo o de una integración más plural de los distintos órdenes, de acuerdo a la gran variedad que tenemos de formación de grado. El cambio lo tenemos que pensar desde esa lógica, porque de lo contrario no podemos cumplir con la misión de la Facultad.

Como antecedente quiero recordar que en 2006 -haciendo referencia a una resolución del año 2005- la Facultad decidió la constitución de los institutos como modelo de organización. Asimismo, se aprobó el informe del grupo de trabajo, que hace mención al modelo de organización en base a institutos. En particular, profundiza el modelo de cogobierno y participación a través de los órdenes. La Resolución N° 40 del Consejo de la Facultad de Medicina de fecha 9 de agosto de 2006 expresa:

"(Exp. N° 070011-000396-05) - Aprobar el informe de realizado por el Grupo de Trabajo creado con fecha 17/8/05, a los efectos de profundizar en la propuesta de organización de la Facultad de Medicina en base a Institutos, cuyo texto luce a fojas 28, con la siguiente modificación: en el Art. 4° donde dice: 'Se entiende que la participación de estudiantes y egresados puede ser un elemento enriquecedor en aquellos Institutos que así lo entiendan...' debe decir: 'La participación de estudiantes y egresados será un elemento enriquecedor de los Institutos'.- (11 en 11)".

En el informe que la comisión ad hoc elevó el Consejo sobre el modelo de organización, entre otros conceptos establece: "Se concibe a los Institutos como Unidades Funcionales de un área específica del conocimiento donde se reúnen, articulan y coordinan Clínicas, Departamentos y Servicios afines". Ese es el modelo que se está planteando, que no es ninguna innovación extraña sino la forma como se organizan en general las instituciones terciarias y universitarias en el mundo. En nuestra Universidad hay varios ejemplos de avances en este sentido. Las Comisiones Directivas son integradas por un director, docentes de las disciplinas participantes, estudiantes, egresados y funcionarios no docentes en el caso que se entienda conveniente. Esto está aprobado y vigente, pero no se ha logrado instrumentar. Los temores que surgen hacen que no veamos más a la distancia.

Luego se plantea la conveniencia de que el proceso de organización en base a institutos sea progresivo y voluntario. Así fue que se crearon algunos institutos como el Instituto de APS, que no logró consolidarse, el Instituto de Salud Pública, el Instituto de Pediatría, el Instituto de Neurología, el Instituto de Higiene y otros.

En el Hospital de Clínicas existe un proceso de departamentalización, que tenemos que profundizar. Creo que se justifica este cambio organizacional basado en la misión que tenemos de formación en espacios integrados de las distintas carreras de grado.

La democratización de la educación superior forma parte de la política de nuestra Universidad de la República, y nosotros como integrantes del demos universitario tenemos que cumplirla. Digo esto pensando en los cupos, que es un tema bastante complejo. Insisto en que no tengo respuestas sino preguntas, pero me parece que debemos pensar en un modelo donde los institutos sean los responsables y en forma matricial estén articulados con las Direcciones de Carrera, teniendo en cuenta todos los institutos que tienen que ver con la formación. Una cosa es la estructura vertical y otra la matricial, que comprende las funciones de enseñanza conducidas por las distintas direcciones y comisiones de Carrera.

Además de las veintidós carreras de grado tenemos más de sesenta especialidades. La Escuela de Graduados sería la Escuela de Graduados de la Facultad de Ciencias Médicas porque, de hecho, tiene posgrados, maestrías o doctorados que corresponden a cualquier egresado de nuestra Facultad. Asimismo, hay una responsabilidad social en relación con la posibilidad de cada ciudadano de ejercer el derecho a la salud.

Por último, quiero recordar a Pablo Carlevaro, que en el Encuentro de Maldonado sobre educación, en el año 1999, hablando del rol de la Universidad y de la Facultad, hacía énfasis en la importancia del compromiso, entendiendo que no es solo la Facultad o la Universidad la que logra los cambios, sino que se logran en esa articulación, en ese diálogo social con los distintos actores. Decía que las universidades no transforman por sí solas las sociedades, pero no pueden estar ajenas ni ser indiferentes a las transformaciones sociales. Este cambio a Facultad de Ciencias Médicas -porque el nombre también hace a lo simbólico- es para mejor servir a las necesidades que existen y a las transformaciones que debe tener una sociedad en relación al derecho a la salud y al derecho a la educación, que son derechos que como Universidad de la República tenemos que garantizar participando activamente.

Inserción temprana en la clínica: ¿cuándo y cómo?

Prof. Agda. De Medicina Familiar y Comunitaria Dra. Clara Niz

Se me ha encomendado hablar sobre la inserción temprana en la clínica, algo sobre lo que se habló bastante en la mañana. La idea es comentar qué fue lo que se trató de hacer en la implementación de este plan en el primer trienio, cuáles fueron las dificultades, en qué estamos hoy y qué nos proponemos hacer.

Cuando hablamos de inserción temprana en la clínica lo primero que nos imaginamos es un escenario con un paciente en un consultorio, con estudiantes. Es eso, pero no es solo eso. Requiere integración básico clínica e integración básico clínica comunitaria, porque los procesos ocurren en un contexto. También requiere razonamiento clínico y desarrollo previo de habilidades clínicas y comunicacionales a través de distintas estrategias, como la simulación o el juego de roles. Finalmente, tenemos la integración al proceso de atención. Hay que tener en cuenta que todo integra este proceso de consolidación en la formación clínica.

¿Es pertinente la inserción clínica temprana? ¿Es posible? Estamos hablando de una carrera como Medicina, que forma médicos que en su gran mayoría van a ser clínicos y el Sistema Nacional Integrado de Salud requiere que sean buenos clínicos. Estos médicos, al recibirse, están habilitados al ejercicio desde el primer día, por lo que parece claro que la formación clínica debería ser el eje principal de la carrera, y las distintas disciplinas que no son clínicas tendrían el rol de contribuir a que esa formación fuera lo más sólida posible. Es un valor que se recomienda en los distintos programas, y cada vez más se tiende a incluir.

Teniendo en cuenta nuestro perfil de egresado, que sigue vigente desde hace veintidós años, quiero recalcar algunas cosas que esperamos de ellos. Debe tener una sólida formación científica básico clínica; ser capaz de realizar diagnósticos correctos; ser capaz de comunicarse; estar comprometido con la ética; estar preparado conscientemente para trabajar con otros integrantes del

equipo de salud. Este perfil se logra con una serie de competencias, que tienen que ver con conocer los problemas de salud; realizar diagnósticos correctos; realizar procedimientos adecuados; comunicarse en forma clara y eficaz. Se trata de una serie de competencias que no se adquieren en un momento ni en un ciclo intensivo, sino que requieren de un proceso acumulativo de experiencia, de aprendizajes relevantes, significativos, integrados y progresivos que permitan al estudiante vincularse en forma precoz y sostenida a la tarea esencial que va a desarrollar como profesional.

Este aprendizaje prepara al estudiante para la complejidad, la diversidad y las múltiples situaciones a las que ha de enfrentarse. Por eso hablamos de un proceso. Los conocimientos deben ser integrados: la clínica, las ciencias básicas, la salud comunitaria, en la mayor parte de la carrera. Además, debe ser sostenido, porque muchas veces la inserción precoz puede ser considerada como una instancia en un año, otra al siguiente, etc., pero de esa forma no va a tener impacto. Debe ser sostenido y mantenido a lo largo del tiempo. La inserción en muchos ciclos en forma muy esporádica no ha tenido impacto en la formación, o ha tenido menos impacto del que esperábamos. El desafío es que estos egresados logren el perfil del que hablábamos.

Sin duda, la motivación de los estudiantes es importante. Quienes eligen esta carrera, en general tienen gran avidez por la clínica y vemos gran motivación cuando se hace en condiciones adecuadas. También puede favorecer la visión crítica de su elección en forma precoz, y no al finalizar la carrera.

Para dar respuesta a todas estas demandas, en un momento en que se implementaba en Uruguay el Sistema Nacional Integrado de Salud, nuestra Facultad de Medicina -comprometida con su misión de aportar a un sistema de salud equitativo, solidario y de buena calidad-, se planteó el plan de estudios 2008, sobre el que estamos reflexionando. Este plan es un instrumento para lograr el resultado que queremos: el mejor médico, el médico que necesita nuestra sociedad.

Partimos de un Ciclo Básico Clínico Comunitario, en el primer trienio, donde el contacto con la clínica empieza en el segundo año y se mantiene durante el

tercer año. En 2010 comenzamos con el CBCC2, con la participación de Pediatría, Ginecología, Medicina Familiar y Comunitaria, Psicología Médica y Bioética. Los objetivos generales eran que el estudiante fuera capaz de incorporar aptitudes, conocimientos y destrezas para el abordaje integral de la persona sana en el primer nivel de atención; adquirir competencias de semiología clínica, y aproximarse a estrategias de salud comunitaria.

Los objetivos específicos ponían un fuerte énfasis en la comunicación; en el relacionamiento adecuado con las personas, con la familia y con la comunidad; en el respeto de los espacios y las normas éticas, la elaboración de una historia clínica correcta y las habilidades para las exploraciones físicas.

En cuanto a la metodología de enseñanza, había talleres de habilidades clínicas y práctica en policlínicas del primer nivel de atención, principalmente en esas tres disciplinas. Los talleres eran sobre habilidades comunicacionales, bioética, entrevista clínica y exploración física. Se realizaban con juego de roles con guiones prediseñados, lista de cotejo y devolución inmediata. Luego hacían práctica en el primer nivel de atención, dependiendo de la disciplina en la que se había hecho el taller. Después se pasaba a la inserción comunitaria.

Los estudiantes del primer trienio permanecen en el mismo territorio. A lo largo del primer año identifican problemas de salud y priorizan algunas intervenciones a realizar. Durante el segundo año, teniendo en cuenta ese trabajo del año anterior, se proponía un trabajo en territorio, acordado con la comunidad.

Los talleres estaban organizados en tres bloques: Pediatría, con todos los contenidos necesarios para el inicio del segundo trienio; Ginecología y Medicina Familiar y Comunitaria. Los estudiantes estaban distribuidos principalmente en Montevideo y Canelones, organizados en las UDAS del primer nivel de atención, y tuvimos algunas experiencias en Florida. Siempre contaban con la supervisión de los docentes de Medicina Familiar y Comunitaria, Pediatría y Ginecología agrupados en el primer nivel de atención.

Lo primero que se esperaba eran habilidades comunicacionales, que es difícil; realizar una anamnesis en forma adecuada, y poder hacer un examen físico, incluyendo normas éticas y de respeto. No era esperable que luego de este ciclo tuvieran conocimientos de patología ni de semiología. El conocimiento de los signos y de los síntomas correspondientes a la patología no es parte de este ciclo.

Los cursos iniciales fueron en los años 2010 y 2011, con grupos bastante más pequeños que ahora. Eran catorce o quince estudiantes que, a su vez, se dividían en subgrupos de seis, siete u ocho. En un mes iban todas las semanas al primer nivel de atención, y alternaban Medicina Familiar y Comunitaria, Pediatría, nuevamente Medicina Familiar y Comunitaria y Ginecología. A lo largo de las cuatro semanas también hacían trabajo comunitario. Tenían una actividad semanal de seis horas, con dos horas de taller -de Medicina Familiar y Comunitaria, de Pediatría o de Ginecología-, dos horas de policlínica -de lo mismo que había tenido el taller- y dos horas de trabajo comunitario, donde participaban en la planificación y en la ejecución de las actividades.

En el año 2013 el número de estudiantes aumentó. Los estudiantes de Ginecología y Pediatría estaban en las condiciones más ideales que tuvimos, una vez por mes, y Medicina Familiar y Comunitaria dos veces por mes. Se evaluó que había mucha discontinuidad y se definió que Pediatría y Ginecología pasaran al CBCC5, que es el primer semestre del tercer año, y Medicina Familiar y Comunitaria en el CBCC2, el CBCC3 y el CBCC4. Tenían una actividad semanal que pasó a ser de tres horas, un taller, actividad de consultorio y actividad comunitaria cada quince días. Debido al aumento del número de estudiantes, la estrategia fue hacer grupos más pequeños para que la relación docente-estudiante-paciente fuera más adecuada.

Pediatría y Ginecología pasaron al CBCC5 en 2014. Eran dieciséis semanas, de las cuales ocho correspondían a Pediatría y ocho a Ginecología. Se definieron ocho talleres. Los estudiantes hacían previamente un taller y luego iban semanalmente a policlínica de Pediatría o de Ginecología. Más adelante se abandonó el trabajo en comunidad en el CBCC5.

En 2016 continuó creciendo el número de estudiantes. Los grupos eran de entre treinta y dos y treinta y cinco estudiantes, con un máximo de cuarenta y tres. Tanto Medicina Familiar y Comunitaria como Pediatría y Ginecología plantearon que no se podía continuar con ese número de estudiantes ni para los talleres ni para la actividad en comunidad ni para la policlínica. Volvimos a reducir a los grupos a la mitad, lo que logró una mejor relación docente-estudiante, aunque no era la ideal ni estaba cerca de la óptima, pero a costa de que los estudiantes concurrieran la mitad del tiempo. En Medicina Familiar y Comunitaria hacían el taller e iban cada quince días a la policlínica, y se dejó de hacer la actividad en comunidad. En Pediatría y Ginecología, de ocho talleres pasaron a ser cuatro, y los grupos empezaron a asistir cada quince días, de manera que un estudiante iba dos veces en el mes a una policlínica del primer nivel de atención.

La matrícula del año 2010 del CBCC2 fue de trescientos diez y en el año 2015 fue de cuatrocientos cincuenta. Los docentes de Medicina Familiar y Comunitaria en 2010 eran cincuenta y uno -cuarenta y ocho en Montevideo y Canelones- y en 2015 pasaron a ser treinta y tres en el interior. Esta evolución fue similar en Pediatría y Ginecología. El número de estudiantes por grupo en 2010 era de trece o catorce, y en 2015 fue de treinta y dos, con un máximo de cuarenta y tres.

¿A qué estrategia recurrimos? Los grupos fueron subdivididos cada vez más, tratando de mejorar esa relación docente-estudiante-paciente, con el costo de que cada vez fueran más esporádicos los encuentros y la participación de los estudiantes en las instancias clínicas. En algunos lugares recurrimos a los residentes, lo que tuvo bastante variabilidad. Hay residentes que tienen mucha vocación docente, que se comprometieron, que les gustó la idea, que sienten que les aportó en su formación, pero en otros lugares no tuvo la mejor evaluación. La estrategia de la policlínica de Pediatría del tercer día, ampliamente conocida y difundida, que en otras oportunidades tuvo muy buena evaluación, tampoco fue la mejor.

En 2017, debido a que los contactos habían sido cada vez más esporádicos, a que no había habido continuidad y a que pensábamos que el impacto en la formación tenía que ser mayor, Pediatría, Ginecología y Medicina Familiar y

Comunitaria decidimos participar en el cuarto año en forma sostenida a lo largo de todo el año, en Cimgi y CGI1, organizados en unidades curriculares. Pediatría y Ginecología integran una unidad curricular, las bases científicas de la patología integran otra unidad curricular, y Medicina Familiar y Comunitaria es otra unidad curricular, integrada con Laboratorio e Imagenología.

Entendimos que en tercer año, en el CBCC5, es necesario que haya una aproximación, y se propuso trabajar desde Medicina Familiar y Comunitaria. Tenemos que ver los números, pero debemos trabajar en actividades teórico prácticas como la simulación. Llegar a cuarto año sin ningún contacto previo no es adecuado. Es fundamental que las habilidades comunicacionales, que es de las grandes fortalezas que hemos destacado, se sigan profundizando. ¿Qué hacer entre esa actividad teórico práctica y cuarto año? Tenemos algo pensado y lo demás puede salir del taller.

Por lo general, todos los prestadores que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud tienen entre sus grupos de profesionales a docentes de la Facultad de Medicina. Si apostamos tanto a la equidad, este es un campo para explorar.

Respecto a las formaciones y pasantías con cupos en los servicios clínicos de la Facultad de Medicina, debemos decir que hay servicios que no tienen estudiantes. En algunos servicios la evaluación es excelente y en otros no. Creemos que hay un gran potencial de los servicios clínicos para que los estudiantes tomen contacto con el escenario de la clínica antes de cuarto año.

Se ha evaluado muy bien la experiencia de desarrollar pasantías de verano. En general, en enero y febrero los docentes están en los servicios y los estudiantes están de vacaciones.

También es importante definir los recursos de acuerdo a las necesidades.

Dejo planteadas algunas preguntas. ¿Tiene la Facultad la infraestructura y los recursos necesarios que permitan garantizar la formación de los médicos que necesita el Sistema Nacional Integrado de Salud, que necesita el país? Los médicos egresados ¿tienen el perfil del que hemos hablado?

La distribución de los recursos docentes y la inversión en infraestructura ¿están orientadas a garantizar las condiciones para la formación de los médicos con este perfil que elegimos?

La exposición presentada se encuentra disponible en:

<http://www.claustro.fmed.edu.uy/>

Hacia la acreditación de la carrera

Dra. Selva Iris Ale

Directora Posgrado de Alergología. Prof. Agda Cátedra de Dermatología

Par Evaluadora ARCUSUR

La idea de esta presentación es tratar de mostrar el proceso de evaluación y acreditación que la Facultad de Medicina ha sufrido y que va a tener que volver a sufrir a breve plazo. Estamos hablando de la acreditación Arcu-Sur.

La acreditación universitaria es el reconocimiento formal de la calidad demostrada por una institución, una carrera -en este caso la carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas- o un programa de posgrado. Esta acreditación es otorgada por el Estado a través de un órgano operador correspondiente -en este caso, la comisión ad hoc para la acreditación uruguaya-, según el informe de evaluación externa emitido por una entidad evaluadora autónoma debidamente autorizada, de acuerdo con normas vigentes. La acreditación no es otra cosa que la verificación de una autoevaluación y de un proyecto de automejora, adecuadamente realizado. Esta acreditación posibilita la certificación, la *accountability* ante la sociedad con respecto a la validez del proceso educativo y de la calidad de los recursos humanos formados, en este caso de los médicos egresados.

Se acredita con dos grandes propósitos. Uno interno es el mejoramiento continuo, permanente de la calidad, y otro externo es la certificación ante la sociedad de esa calidad. De esa manera se convierte en un mecanismo de aseguramiento permanente de la calidad.

Como antecedente temprano digamos que en América Latina, y específicamente en el Mercosur, nace el programa del cual vamos a hablar. En julio de 1992 se aprobó un primer plan trienal en la reunión de ministros de Educación del Mercosur, cuya finalidad era llevar a América Latina a niveles de calidad educativa, de desarrollo tecnológico y científico y de integración, fundamentalmente en la educación superior. Se intentaba compatibilizar sistemas educativos -que se logró en gran parte-, formular propuestas de flexibilización y acreditación -que se logró totalmente-, reconocimiento de estudios y homologación de títulos. Esto último no se ha logrado debido a varios problemas, no solo por la movilidad de grado y la movilidad académica, que eso sí se logró. Otra cosa es el reconocimiento de títulos que dependen de muchas otras cuestiones sociales, de colegiaturas y demás, que no es del caso comentar. El fin último era facilitar la circulación de estudiantes, docentes y profesionales en forma libre por la región. Primero era el Mercosur, después se sumó Chile y luego Colombia, Venezuela y otros países que se acercaron a este sistema. Como antecedente tenemos el MEXA, un entendimiento para la implementación del mecanismo experimental de acreditación de carreras, creado en 1998 y puesto en marcha en 2002. Uruguay participó junto con los otros países integrantes del Mercosur y Chile, para las carreras de Agronomía, Ingeniería y Medicina exclusivamente. Se formaron comisiones consultivas de expertos y Uruguay participó en Agronomía. En Medicina, Brasil estableció los criterios de calidad y de acreditación, que luego fueron pautados y acordados a nivel de todos los países. En aquel momento fueron acreditadas sesenta y dos carreras por este mecanismo. El proceso se lleva a cabo a través de agencias nacionales de acreditación, que son personas de derecho público reconocidas, pluripersonales. Esto garantiza la autonomía y la idoneidad. Además, se estableció la creación de la Red de Agencias Nacionales de Acreditación (RANA) del Mercosur, de la que Uruguay forma parte, como instancia de monitoreo. Esas agencias se encargan del diseño de proyectos de evaluación y acreditación universitaria y, fundamentalmente, de la armonización de criterios. Así se creó el sistema Arcu-Sur por el cual estamos reacreditando, donde se establecen criterios y estándares para certificar calidad en el proceso de evaluación y de acreditación.

Hay dimensiones y componentes que refieren a criterios indicadores y fuentes de información, con características de la carrera y su inserción institucional. La dimensión 1 es el contexto institucional. Esto incluye organización, gobierno,

gestión, administración de la carrera. Cuando acreditamos en este componente lo hicimos holgadamente.

También están los sistemas de evaluación del proceso de gestión, los procesos de admisión, las políticas y programas de bienestar institucional y el proceso de autoevaluación. Cuando los evaluadores vengán a reacreditar van a ver cómo esta carrera de Medicina de la Facultad de Medicina lleva a cabo procesos de autoevaluación. Esto permite apreciar cuán fiable y fidedigna es.

La dimensión 2 es el proyecto académico, que tiene que ver con el plan de estudios, el perfil, las competencias, la estructura del diseño curricular, todo el proceso de enseñanza y aprendizaje, todos los sistemas de evaluación del aprendizaje y los mecanismos de actualización. Los criterios incluyen programas de investigación, desarrollo tecnológico, políticas de vinculación, de extensión y de cooperación, etc.

La dimensión 3 tiene que ver con la población universitaria, que en su momento acreditamos largamente con estudiantes, graduados, docentes, personal de apoyo y todo lo que tiene que ver con los mecanismos de selección, capacitación y actualización permanente.

Por último, la dimensión 4 es la infraestructura, que incluye infraestructura física y logística, biblioteca, laboratorios e instalaciones especiales, salones de clase, seguridad, etc.

En la acreditación tenemos tres grandes etapas. La primera y más importante es la autoevaluación, que deberá ser llevada a cabo por el propio demos universitario, por la propia carrera que se acredita, en la forma que lo entienda conveniente pero fundamentalmente pautada por los criterios de Arcu-Sur, en base a distintos instrumentos de recolección de información y de análisis. Una vez realizado el informe de la autoevaluación vienen los evaluadores externos y se toma la decisión de acreditación. La autoevaluación es un autoestudio y una autovaloración, decidido, organizado y conducido por los propios integrantes, a la luz de la misión institucional y de acuerdo a los estándares que vimos.

La segunda parte, muy importante, que tiene que ver con la autorregulación, es el proyecto de mejora.

Cuando vayamos a reacreditar tenemos que enviar nuestro proyecto institucional, nuestra autoevaluación y nuestro proyecto de mejora.

La última etapa es la evaluación externa con fines de acreditación, a través de los pares evaluadores, que no es otra cosa que un proceso de verificación, de análisis de valoración que realiza la carrera. Esto permite constatar la veracidad de la autoevaluación y la calidad del proyecto de mejora de la carrera dentro de sus posibilidades.

Todos estos criterios de transparencia, eficacia, participación y periodicidad muestran la génesis del proceso, que es la presentación de la solicitud de evaluación externa. Es algo totalmente voluntario. Luego viene la recepción, el registro de la solicitud por parte de las instituciones, la designación de una comisión evaluadora y de los pares evaluadores, que son quienes van a llevar a cabo la revisión del informe de autoevaluación y del proyecto de mejora. Van a disponer de dos o tres meses para revisar muy detalladamente punto por punto la autoevaluación y los proyectos de mejora. Luego vienen a verificar si esto es así y hasta que punto eso se condice con la realidad.

Tiene lugar entonces la visita de verificación, que dura tres o cuatro días, y luego se elabora el informe preliminar de pares que va a recomendar o no la reacreditación.

La decisión final de acreditación se toma a través de las instituciones mencionadas y, en definitiva, del Estado.

En conclusión

¿En qué consiste la Acreditación Universitaria?

La Acreditación Universitaria es el reconocimiento formal de la calidad demostrada por una Institución, Carrera o Programa educativo, otorgado por el Estado, a través del órgano operador correspondiente, según el Informe de Evaluación Externa emitido por una entidad evaluadora, debidamente autorizada, de acuerdo con las normas vigentes.

Resulta de un proceso de autoevaluación sistemática, participativa y voluntaria que permite obtener información objetiva y fidedigna en referencia a la calidad y grado de cumplimiento de las funciones universitarias en un Programa o una Institución de Educación Superior.

La evaluación externa con fines de acreditación permite constatar la veracidad de la Autoevaluación que ha sido realizada por la propia institución educativa o carrera posibilitando la certificación ante la sociedad con respecto a la validez de los procesos educativos y la calidad de los recursos humanos formados.

¿qué se acredita?: el grado de calidad de una institución o programa educativo

¿quién acredita?: un ente acreditador autónomo

¿para qué se acredita?:

Propósito Interno: Mejoramiento continuo de la calidad

Propósito Externo: Certificación ante la Sociedad de esa calidad (mecanismo de aseguramiento de la calidad: *Accountability*)

La búsqueda de la calidad y la acreditación han surgido como temas principales en la agenda de las reformas educativas en casi todas las regiones del mundo y muy especialmente constituyen un desiderátum y una prioridad para las Universidades latinoamericanas. En la actualidad, los países de América Latina están comprometidos en un urgente proceso de desarrollo social y de crecimiento económico, que requiere de la utilización estratégica de todos sus recursos, y muy especialmente de la capacidad científica y tecnológica nacional, no solo para la selección, adecuación y transferencia de tecnologías desde el exterior, sino fundamentalmente, para la creación de conocimiento y tecnología propios.

Antecedentes del Proceso

En junio de 1992 se llevó a cabo en Buenos Aires la reunión del Ministros de Educación del MERCOSUR (RME) en la que se aprobó el primer *Plan Trienal para el Sector Educación del MERCOSUR*.

Este plan concebía la compatibilización de los sistemas educativos y la flexibilización en los procesos de acreditación, reconocimiento de estudio y homologación de títulos, con la finalidad de facilitar la amplia circulación de estudiantes y profesionales de la región.

En junio de 1998 la RME aprobó el Memorando de Entendimiento sobre la Implementación de un Mecanismo Experimental de Acreditación de Carreras (MEXA) para el Reconocimiento de Títulos de Grado Universitario en los Países del MERCOSUR incluyendo a Chile y Bolivia. El mecanismo se puso en marcha en el 2002 para las carreras de Agronomía, Ingeniería y Medicina, constituyéndose Comisiones consultivas de expertos en las tres áreas. Los organismos de competencia a nivel nacional serán las *Agencias Nacionales de Acreditación*, personas de derecho público debidamente reconocidas por las autoridades nacionales; con reconocida idoneidad y autonomía. Se establece la creación de la *Reunión de Agencias Nacionales de Acreditación del MERCOSUR* (RANA) como instancia de monitoreo y cooperación regional, permitiendo la armonización de los criterios, la adopción estándares y el diseño de los procesos de evaluación y acreditación universitaria a través del sistema ARCU-Sur, el cual se aplica en los países de la región. Los principios que rigen el Sistema ARCU-Sur son: transparencia, responsabilidad, participación, objetividad, imparcialidad, ética y periodicidad de las acciones.

En el Sistema ARCU-Sur se adoptó, como principio general, el establecer Dimensiones, Componentes, Criterios, Indicadores y fuentes de información a los efectos de organizar los procesos de autoevaluación y acreditación.

El 19 de noviembre de 2012, luego de un intenso y fructífero proceso de Autoevaluación, la Facultad de Medicina de la Universidad de la República acreditó la carrera de Doctor en Medicina (Mecanismo ARCU-SUR/ Red de Agencias Nacionales de Acreditación). En estos momentos estamos llevando adelante un nuevo proceso de autoevaluación para lograr la Re-acreditación en el 2018. Este objetivo convoca al Demos de la Facultad de Medicina en su conjunto y es motivo de una labor mancomunada en pro de del crecimiento y la mejora continua en la perpetua búsqueda de la excelencia para nuestra Facultad y nuestra Carrera de Medicina

TALLERES SEGUNDA PARTE

Inserción temprana en la clínica

Relatoría del taller

Moderadores: Natalia Pan, Nora Artagaveytia, Selva Ale

Contexto actual.

La Asamblea del Claustro consideró necesaria la realización de un taller de discusión para considerar el nivel de conocimiento y competencias en el área clínica que poseen los estudiantes de medicina, particularmente aquellos de los primeros años, en vista de las modificaciones que se han producido en la implementación de los cursos relacionados con habilidades clínicas en el primer trienio de la carrera.

En los inicios de la implementación del Plan de Estudios 2008 los estudiantes tenían desde el primer año un contacto con los problemas de salud en la comunidad y se abordaban tanto en segundo como en tercer año temas de semiología a cargo del Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria y las Clínicas Pediátricas y Ginecotológica.

Se trata de un tema trascendente para la Facultad, no solamente por la importancia que tiene el brindar a los estudiantes una aproximación temprana a la Medicina Clínica, sentando las bases de su accionar profesional futuro, sino además porque permite construir aprendizajes significativos a través de la integración entre los contenidos propios de las materias básicas y los contenidos clínicos, permitiendo una articulación curricular horizontal y vertical de la currícula.

A partir del año 2016 se produjo una disminución progresiva del tiempo dedicado a las actividades de capacitación temprana en habilidades clínicas, lo que se verificó fundamentalmente en el segundo y tercer año de la carrera. En el año 2017 dichas actividades se vieron suspendidas, manteniéndose solamente para los estudiantes de primer año.

Este hecho ha sido considerado muy preocupante por el demos de la Facultad, motivando su consideración como tema prioritario en las Jornadas Institucionales del Claustro de la Facultad de Medicina.

Introducción y participantes.

El Taller contó con participantes de los tres órdenes, en su mayoría asistieron docentes y estudiantes, estos últimos preferentemente del primer trienio de la carrera aunque también hubo presencia de estudiantes del segundo trienio y egresados.

En el desarrollo del taller se puso de manifiesto la existencia de un total acuerdo entre los participantes en lo concerniente a las ideas centrales del Plan de Estudios. Se manifestó reiteradamente la importancia para la formación de los estudiantes de un contacto temprano con los problemas de salud de la población, así como de la necesidad de reforzar el primer nivel de atención enfocado al Sistema Nacional Integrado de Salud actual.

Hubo acuerdo también en la necesidad de un acercamiento temprano a los conocimientos de la clínica, con el fin de lograr un aprendizaje progresivo y la integración básico-clínica en los primeros años de la carrera.

Sin embargo, existe una percepción generalizada en que los estudiantes no alcanzan los objetivos planteados y es sobre este aspecto, y en cómo subsanarlo, que fue centrada la discusión.

Problemáticas que se presentaron.

Pese al enorme esfuerzo que hizo la Facultad para llevar adelante los cursos en forma adecuada, las dificultades fueron muy grandes. Entre otras, el bajo crecimiento presupuestal no acompañó el aumento de la matrícula estudiantil en ningún aspecto, incluyendo el consiguiente aumento en la cantidad de

horas docentes para lograr mantener un relación docente-estudiante mínimamente satisfactoria.

Esto provocó no solamente graves problemas operativos sino también dilemas éticos. Se hizo prácticamente imposible el contacto real de los estudiantes con los pacientes, lo que provocó que se llenaran espacios en diversas Policlínicas, con el único propósito de realizar talleres en los cuales sólo participaban los estudiantes y su docente asignado.

Esta situación lleva aparejada la posibilidad de que se produzca una sobreintervención. Año tras año cada vez más estudiantes de medicina son llevados a caracterizar e intervenir en las mismas comunidades, lo que implica, a modo de ejemplo, la reiteración de entrevistas y la realización repetida de una similar anamnesis a las mismas personas.

Búsqueda de opciones alternativas.

Entendiendo la importancia y necesidad de que los estudiantes de medicina se sigan formando en habilidades clínicas desde el inicio de la carrera, pero también reconociendo la difícil situación actual, fueron planteadas algunas opciones alternativas para el mejor aprovechamiento de los cursos.

Las posibilidades que se plantearon y tuvieron mayor acuerdo fueron las siguientes:

- Ampliar los escenarios de aprendizaje. Debido al gran aumento del número de estudiantes que ingresan a Facultad que se ha producido en los últimos años, los escenarios de aprendizaje implementados hasta ese momento resultan claramente insuficientes. Actualmente todos los estudiantes de medicina del primer trienio se forman en servicios públicos, mayoritariamente en Montevideo y en departamentos vecinos. Resulta esencial el ofrecer un mayor número de lugares de formación para los estudiantes, que brinden un escenario amplio y variado de oportunidades de desarrollo de habilidades y destrezas. En el marco de la descentralización de la carrera, se considera imprescindible lograr una ampliación efectiva de la oferta formativa, incluyendo distintos centros de salud y hospitales del interior

del país. Asimismo, debe considerarse la posibilidad de formación en servicios privados.

- Desarrollo del Laboratorio de Habilidades Clínicas, Simulación, role-playing y talleres fuera de la comunidad. Las nuevas metodologías educativas han adquirido un rol mayor en la enseñanza médica. El futuro desempeño profesional exige la armonización de los conocimientos, las actitudes y las habilidades, incluyendo la adquisición de un método clínico, propio del acto médico, el que estará sustentado por sólidos conocimientos teóricos y prácticos.

Así, el desarrollo de las habilidades clínicas deviene un eje integrador del sistema de competencias profesionales. Sin embargo, uno de los ámbitos en los que nuestros estudiantes presentan déficit importantes es el de las habilidades clínicas y los procedimientos clínicos básicos. En sintonía con lo expresado anteriormente, y a efectos de prevenir la sobre-intervención, se propone la utilización de metodologías complementarias y alternativas a las actividades comunitarias.

En este sentido, el desarrollo de un Laboratorio de Habilidades Clínicas resulta primordial para facilitar la adquisición de habilidades clínicas relacionadas con los aprendizajes de la semiología, la exploración física y los procedimientos médicos.

Se propone además la realización de talleres, que puedan implementarse en forma paralela a las actividades en comunidad involucrando metodologías que impliquen aprendizaje cooperativo.

Participación de las especialidades en el primer trienio. Mucho se ha discutido sobre una mayor asignación de horas docentes destinadas a la enseñanza de grado de los distintos sectores de Facultad. La participación de las distintas especialidades médicas y quirúrgicas en los cursos de la Carrera, desde sus inicios, no sólo le daría a estos una visión alternativa, sino que ayudaría a aumentar la relación docente/estudiante con todos los beneficios que ello conlleva.

Mayor utilización de las nuevas tecnologías aplicadas a metodologías de enseñanza-aprendizaje.

Se mencionó la aplicación de nuevas tecnologías de enseñanza aprendizaje, que pueden adaptarse a las condiciones de masividad, como el uso de software educativo para Propedéutica clínica o Semiología.

Conclusión.

La importancia de una temprana inserción en la Clínica es indiscutida en el contexto actual del Plan de Estudios 2008. A pesar de que Facultad de Medicina ha hecho grandes esfuerzos para llevarla a cabo de la mejor manera posible, diversas dificultades han surgido en su implementación. Es necesario pensar tanto en nuevas metodologías de enseñanza como en la búsqueda de diferentes recursos para lograr fortalecer esta etapa tan importante en la enseñanza de la Medicina.

Ciclo Internado Anual Rotatorio

Relatoría del taller

Moderadores: Oscar Noboa y Martín Everett.

Objetivos del ciclo

Más allá de los objetivos explícitos del mismo el grupo jerarquiza que se trata de un año de práctica clínica, con la necesidad de aprender a trabajar en el marco de un equipo de trabajo.

Prueba Escrita de ordenamiento:

El objetivo principal de la prueba es ordenar a los estudiantes que acceden al Ciclo para la elección de cargos. La misma no es eliminatoria.

Estudiantes presentes en la discusión refirieron que la misma es relevante para la preparación del estudiante con vistas a la práctica clínica, fundamentalmente en el marco de la guardia en la emergencia. Algunos docentes plantean que la prueba es relevante para reafirmar el conocimiento de la emergencia médica quirúrgica antes de asumir responsabilidades en ese nivel y que debe ser obligatoria y de suficiencia.

La mayor crítica a dicha prueba tanto de estudiantes como de docentes proviene de su carácter no evaluativo, que permite que un grupo de estudiantes, no mayor del 20% del total de los mismos entregue la prueba en blanco o con gran proporción de la misma en blanco. Algunos plantean que una prueba sin evaluación ni mínimos de aprobación no tiene sentido. Se plantea que debe existir algún tipo de control que impida que alguien que entregue la prueba en blanco pueda iniciar el ciclo.

Algunos docentes plantean eliminar dicha prueba y sustituirla por ordenamiento por escolaridad. En este caso algunos estudiantes plantean que

existan mecanismos de remediación de aquellos que tengan escolaridad más pobre.

Evaluación académica de los espacios de práctica en el Ciclo.

Existe consenso de que debe existir una evaluación académica de cada Servicio que recibe Internos. Dicha evaluación es compleja de instrumentar dada la cantidad de espacios de práctica y su heterogeneidad . Hay quienes plantean la necesidad de que existan docentes Universitarios en cada uno de los lugares donde participan Internos . De la misma forma se plantea que se debe acreditar individualmente los tutores. Se plantea como una dificultad a resolver es que algunos ámbitos académicos de la Facultad de Medicina queden sin internos, no aprovechando áreas de aprendizaje apropiados.

Por otra parte se planteo la necesidad de utilizar todos los espacios clínicos de la Facultad de Medicina para la práctica , aún de especialidades.

Algunos docentes plantean que se debe exigir que 2 de las rotaciones sean por Centros Universitarios y 2 por Centros no universitarios.

Programa de aprendizaje

Alguno de los participantes del taller proponen que exista un programa de aprendizaje durante el internado , integrando habilidades , destrezas y saberes.

Evaluación del estudiante durante y al final el ciclo .

Un grupo importante de participantes se expresaron positivamente con respecto a agregar instancias de evaluación específicas durante el ciclo, discutiéndose cuales deberían ser ,sus ventajas y desventajas . Se plantea que se debe evaluar

Se plantea que la evaluación que existe actualmente sobreestima el desempeño de los estudiantes estando en discordancia en general con respecto a la evaluación del estudiante en las instancias previas. En este

punto se discute si esa discordancia no está relacionada a una evaluación previa que tiene una tendencia a no otorgar altos puntajes , dada la diferencia que existe en el promedio de calificaciones de la carrera de Medicina con respecto al resto de las carreras de la UdelaR.

También se planteó la necesidad de una evaluación final dada la relevancia de su titulación como médicos en este curso .

Con respecto a la evaluación con el formato de mini examen clínico, se discute que este tipo de evaluación debería contar mínimamente con 8 instancias en el ciclo, deberían ser realizadas por docentes de la facultad en ámbitos académicos y que dicha participación necesitaría ser reconocida en el CV de los docentes .

Parece claro que se debe evaluar la capacidad de resolver problemas clínicos, incluida la búsqueda de información relevante, así como evaluar habilidades y destrezas como maniobras clínicas básicas y elaboración apropiada de la historia clínica.

Actividades específicas del ciclo

Se proponen algunas actividades específicas, como la propuesta presentada por Dr Bertullo, Dr. Pereyra, Dr. Martín Esteche, Dr Alvaro Niggemayer y por la Asociación de los Estudiantes de Medicina Br. Martín Everett de implementar cursos de Reanimación cardiopulmonar avanzada, Reanimación pediátrica y manejo del Trauma

Ciclo Internado Rotatorio

Prof. Agdo Álvaro Danza

En buena medida, “me comprenden las generales de la ley” puesto que Coordiné dicho Ciclo Internado Rotatorio (CIR) durante casi 4 años. Mi gestión coincidió con las instancias de acreditación institucional. Vale la pena recordar que el CIR fue uno de los Ciclos más cuestionados por los pares evaluadores en aquella instancia. Los temas que mayores cuestionamientos generaron coinciden con las preocupaciones que buena parte de los docentes de la Institución tenemos sobre dicho Ciclo. En resumen, conviene destacar los siguientes aspectos:

1. El Ciclo carece de una evaluación sumativa. Se trata de un Ciclo fundamental en la formación de los estudiantes, en el cual, el estudiante, más que nunca en la carrera, “aprende haciendo”, pero paradójicamente, al final de ciclo, la Institución no tiene certeza de qué aprendió.
2. Existen problemas de acreditación de los sitios en donde los estudiantes realizan las pasantías. Son notorias las asimetrías existentes entre la estructura académica-asistencial de nuestra Facultad y otros sitios de rotación.
3. Existen problemas en la acreditación de los tutores. Nuevamente las asimetrías son bien claras.
4. Estas dos observaciones previas no desconocen el esfuerzo singular que realizan numerosos profesionales e Instituciones a la hora de colaborar con la formación de los Practicantes Internos. Lo que está bien claro es que no hay,

más allá de valoraciones subjetivas, evaluaciones claras sobre estos dos aspectos.

5. Todo esto de la mano de un soporte académico y especialmente administrativo del Ciclo muy deficiente en cantidad y dedicación horaria (un administrativo con la mitad de su tiempo dedicado al CIR, dos docentes, uno con 10 y otro con 20 horas semanales, para un número variable pero no menor a los 400 estudiantes distribuidos a lo largo y ancho del país).

Algunas de las propuestas presentadas se resumen a continuación:

1. Habida cuenta de la valoración positiva que los estudiantes realizan sobre la prueba inicial y del enorme esfuerzo institucional que se hace en su elaboración y corrección, todo hace pensar que parece razonable mantenerla. Sin embargo, vale la pena destacar que sería deseable que se considerara un puntaje mínimo de suficiencia. Por otro lado, sería razonable considerar que dicha prueba aporte a la evaluación final (por ejemplo, un 25%).
2. Es deseable incorporar una evaluación formativa sólida a lo largo del Ciclo, pero tanto las experiencias ya realizadas dentro de nuestra Facultad, como la heterogeneidad de los sitios de rotación hacen difícil su implementación. En particular, el formato propuesto de “mini examen clínico”, empleado hace ya más de 40 años por la Academia Americana de Medicina para la evaluación de los Residentes y adaptada en nuestra región por el grupo argentino del Hospital Italiano de Buenos Aires para el mismo fin, sugiere fuertemente que el número de encuentros anual no sean menor a 8 para que la validez sea adecuada². Teniendo en cuenta estas consideraciones, se hace difícil pensar que este método sea la “solución” para la evaluación del Ciclo.
3. En mi opinión, es deseable que al final del Ciclo se implemente una instancia de evaluación global. En esta instancia el estudiante debe poner a prueba no

² En cualquier caso, es necesario considerar que este método de evaluación está especialmente validado para Residentes. Además, es necesario tener en cuenta que la experiencia de la Residencia en el Hospital Italiano de Buenos Aires, que es un centro de excelente nivel académico de carácter privado, es diferente a la del Internado de nuestra Institución. En particular, el número reducido de Residentes, la elevada dedicación horaria del personal docente y la capacitación específica en el método de evaluación, permiten aplicar con dedicación y con bajo sesgo este método. Esta realidad contrasta con la existente en nuestro medio, algo que debe ser tenido en cuenta puesto que es probable que la extrapolación no determine resultados favorables provocando frustraciones que desestimularán el tan necesario proceso de evaluación.

sólo los conocimientos adquiridos a lo largo de la carrera, y en particular en el CIR, sino que además debe demostrar cómo lo hace. Debe, saber, saber cómo hacerlo y mostrarlo³. Ejemplos de esto es la resucitación cardiopulmonar avanzada, la asistencia de un parto, completar un certificado de defunción, suturar una herida, la intubación orotraqueal, asistir a un niño grave, asistir a un gran quemado, cómo actuar ante un accidente laboral. Es decir, poner a prueba habilidades no estrictamente evaluadas en otros ciclos de la carrera pero necesariamente adquiridas durante el CIR. ¿Cuál es el mejor método para evaluar esto? En mi opinión el Examen Clínico Estructurado y Objetivo (ECO) es adecuado para ello. No obstante, y habida cuenta de las dificultades que existen en nuestro medio para su puesta en funcionamiento, puede sustituirse razonablemente por otros métodos similares como los encuentros clínicos⁴. De optarse por este último método, es necesario considerar que hay instancias donde la simulación es imprescindible. Sería imposible, además de posiblemente cuestionable desde el punto de vista ético, que todos los estudiantes pudieran ser evaluados en todas estas destrezas con pacientes reales.

Ciclo Internado Rotatorio – Período de transición 2017-2019

Asistente Mauricio Bertullo

La exposición presentada se encuentra disponible en:

<http://www.claustro.fmed.edu.uy/>

³ Tomado de la Pirámide de Evaluación de Miller (1990).

⁴ No puede dejar de considerarse el enorme esfuerzo que nuestra Facultad ha hecho en mejorar esta herramienta. A su vez, es necesario considerar que en contextos de numerosidad su implementación tiene dificultades. Algo similar a lo que ocurre con el “mini examen clínico”.

Título intermedio

Relatoría del taller

Moderadores: Bernardo Bertoni, Edén Echenique, Andrés Trostchansky

La mesa Título Intermedio contó con la presencia de dos invitados; la Dra. Maria Noel Alvarez docente del Depto de Bioquímica y Mercedes Collazo integrante de la Comisión Sectorial de Enseñanza.

Maria Noel Alvarez abrió la sesión con una ponencia centrada en la situación actual de los estudiantes que pudieran optar por un título intermedio en Técnico en Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades (TPSPE).

Durante la charla se expuso el alcance de un título de 4 años. En el contexto actual, la ordenanza de grado equipara una formación de 4 años con una licenciatura, mientras que la tecnicatura es de 3 años.

Por otra parte, el técnico en Promoción de Salud no está asociado necesariamente al Sistema Nacional Integrado de Salud y en su perfil se considera que es un técnico asociado al médico.

Esta situación plantea algunos problemas logísticos para implementar una tecnicatura de 3 años. Por ejemplo, los temas más vinculados a TPSPE se encuentran en el 4to año de la carrera de doctor en la medicina.

Dada la situación de cientos de estudiantes se propuso planificar salidas alternativas que contemplen formaciones específicas en la trayectoria curricular, como por ejemplo la Licenciatura de Biología Humana.

Mercedes Collazo explicó el alcance de una carrera que otorga un título profesional y la posibilidad de obtener un título intermedio en el contexto de esta carrera. A su vez se señalaron las características de este título intermedio (ver presentación adjunta)

Según la interpretación de la CAG (Comisión Académica de Grado), un título intermedio corresponde a un nivel técnico de formación y se presentaron

como ejemplos el Asistente e Higienista en Odontología, Técnico Bachiller en Química, Auxiliar de Enfermería, Procurador en Derecho.

La tecnicatura no puede ser un título en el medio de una carrera profesional que se obtenga automáticamente solo por terminar cierta etapa de formación.

Para la creación de un título intermedio se plantearon una serie de condiciones como; nacer de una demanda de la sociedad, tener una identidad definida y contar con una formación adecuada al perfil propuesto.

En conjunto, considerando los aportes de los expositores y los aportes de las personas presentes se fue perfilando un camino a seguir sobre la situación del Título Intermedio. En principio, se observa que tiene un impacto reducido dentro de los estudiantes ya que solo han solicitado y retirado su título 15 personas. Las nuevas políticas del Fondo de Solidaridad podrían perjudicar a los estudiantes aún si no reciben el título formalmente, si considera que tienen una titulación a los 4 años. La formación recibida en los primeros 4 años de la carrera sería insuficiente para cumplir con el perfil de la Tecnicatura. El primer camino posible e inmediato que surgió durante la discusión, es generar un nuevo Reglamento del Plan de Estudio que contemple los inconvenientes que se observaron y no implica modificar el plan de estudio. Luego en otra instancia, se discutirá su futuro dentro de la Universidad ya que en otros servicios se realizan carreras parecidas.

Título Intermedio

Coordinadora Unidad Académica. Comisión Sectorial de Enseñanza.
Mercedes Collazo.

La exposición presentada se encuentra disponible en:

<http://www.claustro.fmed.edu.uy/>

Ciclo Inicial Común

Relatoría del taller

Moderadores: *Br. Mariana Eula; Prof. Adj. Adriana Cassina; Lic. Álvaro Cabrera.*

Objetivos:

General: Generar un espacio institucional abierto a todo el demos que esté orientado hacia la reflexión, debate y construcción de nuevas configuraciones para transitar hacia la integración de la Facultad.

Específicos: Evaluar ventajas y desventajas de un ciclo inicial como modalidad organizativa de la enseñanza de grado en primer año de las 22 carreras que se imparten dentro de la Facultad de Medicina.

Temas disparadores:

-Masividad estudiantil en las generaciones de ingreso, mayor aun cuando se observan las aspiraciones al ingreso en la EUTM

-Inequidad de oportunidades en la formación básica entre carreras, jerarquización de la carrera mayor del servicio y descuido de las licenciaturas y tecnicaturas.

-Falta de articulación a la interna de Facultad entre las 22 carreras de grado donde se forman distintos los profesionales que conformarán los equipos de salud.

Modalidad del taller: Duración 2 horas (40% presentaciones, 60% discusión)

Se realizó en una primera parte una presentación apoyada con material audiovisual por parte de los invitados del taller, que sirvió de disparador y motivador de la discusión sobre un ciclo inicial común de la Facultad de Medicina. Luego de la presentación se dio tiempo para el debate por parte de los participantes del taller. Se priorizó el tiempo de debate por entender que sería más enriquecedor y oportuno para esta instancia.

Antecedentes de ciclos comunes dentro de Facultad de Medicina:

Los invitados al taller expusieron algunos ejemplos que demuestran que ya existe experiencia de larga data acerca de ciclos dentro de la Facultad de Medicina que están en sintonía con las políticas de la UdelaR que nuclean a varias carreras del servicio, el Ciclo Inicial Optativo del Área Salud (CIO Salud) que nuclea a carreras de toda la macro área de la Salud (ISEF, EUTM, Obstetra Partera, Nutrición, Biología Humana, Odontología, Enfermería, Psicología y Medicina), ciclo ESFUNO (18 carreras de la EUTM y carrera de obstetra partera), Ciclos internos de la carrera Doctor en Medicina.

La implementación del Ciclo Inicial Optativo del Área Salud en Paysandú desde 2014 permite dos cosas: por un lado dimensionar la potencialidad de un ciclo común y por otro lado que existen varias complejidades de implementación de un ciclo, por ejemplo: los distintos perfiles de ingreso (distintos bachilleratos), distintas formas de revalidar los conocimientos del ciclo para continuar las distintas carreras, la prueba de ingreso en la EUTM hace que los estudiantes que aprueban el CIO salud deban ganarse el cupo para poder continuar la carrera, entre otras.

Cambio de visión:

La Facultad de Medicina es responsable de la formación de 22 carreras de grado (18 carreras de la EUTM, Carreras de obstetra partera con sus dos títulos, carrera de Medicina, dos carreras compartidas con Facultad de Ciencias) no es por lo tanto una Facultad formadora de Médicos únicamente.

Los aspirantes de ingreso 2016 de las 20 carreras propias de grado de la Facultad fue de 4563, teniendo un ingreso efectivo de 3120 estudiantes.

Una estructura docente de la Facultad cerca de 2000 docentes, agrupada por carreras en las escuelas y cátedras en Facultad.

Fundamentos del Ciclo Inicial Común:

Existen varios factores que hacen visualizar un Ciclo Inicial Común como una alternativa viable:

- Atender la numerosidad es un deber de la UdelaR y en especial en la Facultad de Medicina
- facilitar el tránsito horizontal y flexibilidad curricular entre carreras de grado,
- fortalecer la enseñanza básica (formación necesaria para la formación posterior, vinculada a contenidos de disciplinas básicas como bioquímica, salud pública, bioética, etc.),
- necesidad de nivelación de los perfiles de ingreso (ya que se proviene de distintos bachilleratos),
- necesidad de liberación de la matrícula de ingreso en la EUTM

Optimización de los recursos por la no duplicación de los cursos

Características del Ciclo Inicial Común:

El ciclo que se está pensando tendrá algunas características como estas:

- Valor propedéutico sin alargar la duración de las carreras, adquiere valor orientador.
- Permitirá una flexibilidad regulada, con movilidad estudiantil horizontal, con sistema de créditos y trayectos sugeridos pero también con correlatividades (previaturas), de público conocimiento y con posibilidad de cambiar de carrera dentro de cierto margen de requisitos curriculares.
- Contará con Materias básicas o generales, materias por áreas, materias específicas.

Desafíos de cara a la creación del Ciclo Inicial Común:

Si bien está claro que existen múltiples desafíos a enfrentar de cara a la elaboración e implementación del Ciclo Inicial Común, actualmente se plantean cuatro prioridades a la hora de pensar en el cambio curricular que se propone.

- a) Numerosidad, (aspiración al ingreso de las carreras, ingresos, multi inscripción entre carreras de facultad en primer año, cupos de la EUTM, proyección de datos del sorteo de ingreso 2017, cruzamiento de datos de las bedelías.)

- b) Logístico (edilicio, laboratorios, clínicas, modalidades de enseñanza innovadoras, virtualidad, entorno EVA, videoconferencias, trabajo en territorio)

- c) Disponibilidad de recursos humanos. (los casi 2000 cargos docentes de la Facultad tienen una distribución compartimentada en cátedras, carreras, etc. Que no favorece la integración académica del servicio necesaria para resolver sus problemas, repensar la agrupación en áreas, institutos, transformación de perfiles y de cargos, reestructura administrativa, solicitud presupuestal)

- d) Diseño curricular. ¿Cómo estructurar un CIC? Es una pregunta disparadora que tiene que ser discutida por múltiples actores, como los directores de carrera, áreas o unidades académicas, estructuras relacionadas a la enseñanza, entre otros.

Podrían existir asignaturas básicas generales, asignaturas por áreas y asignaturas específicas.

Trayectorias sugeridas y troncos comunes por área. Posibilidad de optar por la carrera en el transcurso del primer año de estudios dentro de facultad.

Necesidad de involucramiento institucional:

Actualmente, sin ningún cambio presupuestal ni curricular, es muy importante ir transitando hacia la definición política del servicio en el sentido de crear un ciclo inicial común, que agrupe a las 22 carreras de grado de la Facultad en el primer año. El posicionamiento de la Asamblea del Claustro de Facultad, y el posterior pronunciamiento del Consejo de Facultad son pasos importantes en el marco de las definiciones políticas necesarias para mandatarse a transformar la forma en la que se concibe la Facultad de Medicina, y comprometerlo con la enseñanza de calidad de los estudiantes de grado todas las carreras que se ofrecen, los cuales conformarían con posterioridad los equipos de salud. Por eso se entiende como necesario buscar diversos caminos que permitan una apropiación por parte de todos los involucrados (escuelas, órdenes) de esta propuesta.

Esta definición involucra cambio en los planes de estudio, cambios en las metodologías de enseñanza, necesidades de formación docente, estabilidad de los equipos docentes sobre todo en el primer año.

Sugerencias.

Creación de un grupo de trabajo que se encargue de elaborar el CIC. Recordamos que actualmente ya está creada por el CFM en el marco de la Ordenanza de Estudios de Grado y otros programas de formación terciaria de la UdelaR, la Comisión coordinadora de estudios de grado de la Facultad de Medicina, la que entendemos que debería ser la estructura encargada de este trabajo. Pudiendo de ser oportuno ampliar su conformación para garantizar la mayor representación posible.

PERFIL DE PARTICIPACIÓN

Br. Ricardo Escobar, Sra. Sara Carreras.

ESTUDIANTES: CURSOS

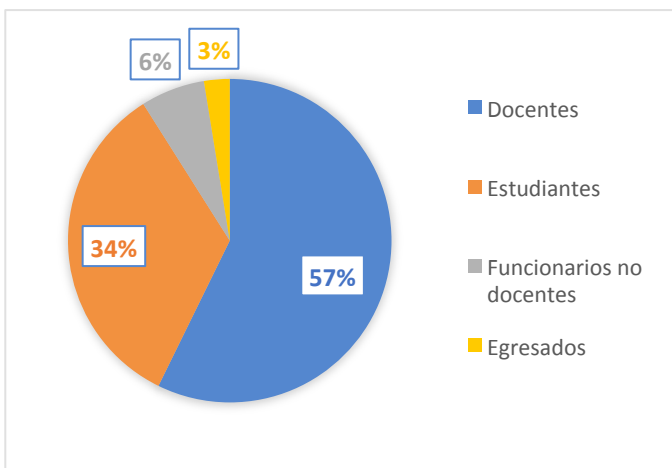
CICLO INTRODUCTORIO A LAS CIENCIAS DE LA SALUD	12
CBCC 2	8
CBCC 5	9
CICLO GENERAL INTEGRAL 1	8
CICLO GENERAL INTEGRAL MÉDICO	5
CICLO GENERAL INTEGRAL QUIRÚRGICO	3
INTERNADO ANUAL ROTATORIO	8

FUNCIONARIOS DOCENTES Y NO DOCENTES: DEPARTAMENTO

Clínica Médica 3	8
Depto de Histología y Embriología	10
Departamento de Educación Médica	7
Clínica Pediátrica A	6
Depto de Parasitología y Micología	5
Departamento de Bioquímica	3
Departamento de Fisiología	3
Departamento de MFyC	7
Departamento de Medicina Preventiva .	4
Clínica Médica B	3
Clínica Médica A	3
Dirección de Carrera	2
Clínica Quirúrgica B	2
Departamento de Genética	1
Departamento de Biofísica	2
EUTM	5
Escuela de Parteras	1
Departamento de Psicología Médica	1
Depto de Bacteriología y Virología	2
Clínica Pediátrica C	1
Unidad Académica de Bioética	2
Departamento de Neonatología CHPR	2
Departamento de Inmunología	1
UDA Pediátrica "Las Piedras"	1
Departamento de Medicina Legal	1
Clínica Médica 1	1
Secretaría - 4to año	1
Departamento Básico de Medicina	1
Departamento de Historia de la Medicina	1
Escuela de Graduados	2
Departamento órganos de cogobierno	1
Departamento de Anatomía	1
Clínica Médica C	1

ESTUDIANTES, DOCENTES, EGRESADOS Y FUNCIONARIOS NO DOCENTES QUE NO INDICAN CURSO O DEPARTAMENTO: **52**

Docentes	134
Estudiantes	79
Funcionarios no docentes	15
Egresados	7



APORTES DEL CLAUSTRO ABIERTO

Relatoría

Dra V Torres

En el Claustro Abierto se discutieron tres temas seleccionados por la Asamblea del Claustro:

- 1- Inserción temprana en la Clínica
- 2- Ciclo Internado Rotatorio
- 3- Desafíos en la descentralización

Se contó con la participación de profesores de distintas clínicas y departamentos, y de integrantes del Consejo de la Facultad lo cual enriqueció la discusión.

Inserción temprana en la clínica

Hubo amplio consenso en la importancia y la urgente necesidad de planificar la inserción temprana en la clínica. La discusión se centró en la forma de implementarlo con éxito. En este sentido se planteó la posibilidad de contar con centros docentes asociados, públicos y privados. Los estudiantes de grado podrían realizar pasantías con tutores de formación en dichos centros. Es importante que las experiencias iniciales en el acercamiento a la práctica clínica sea positiva, ya que la deserción y muerte académica es altamente elevada en el primer año de la carrera.

Se destacó que la Facultad debe ser responsable de las actividades a realizarse en los centros asociados. Por tanto quiénes, adónde y qué actividades van a realizar los estudiantes en los centros asociados, debe ser planificado y supervisado por la Facultad. La remuneración o retribución por este nuevo rol de los centros y docentes asociados se consideró fundamental, y debe ser explorada la forma de implementarla.

Ciclo Internado Rotatorio

Se destaca que este ciclo es esencial ya que el estudiante se desempeña en el escenario lo más cercano a lo que será su práctica profesional.

En cuanto a la prueba de ingreso al internado se discuten dos opciones posibles:

- a- anularla y ordenar a los estudiantes por escolaridad, ya que en la actualidad los estudiantes aún entregando la prueba en blanco no se eliminan.
- b- mantenerla ya que la preparación de la prueba es formativa para el estudiante, pero que sea eliminatoria.

Hay consenso en que el estudiante debería ser evaluado durante o al final del ciclo con prueba final certificadora. Las actividades a desarrollar durante el mismo deben ser supervisadas. Se incluirían actividades como curso de soporte vital, maniobras, curso de trauma, entre otras como obligatorias.

El internado es un ciclo descentralizador pero la calidad de los centros donde se cursa es diferente; se considera por tanto fundamental poder mejorar la tutoría y acreditación de los mismos. Se debe intentar redireccionar a servicios académicos. Centros privados también podrían participar de este ciclo recordando que cuando la academia se involucra mejora la atención, pero por otra parte no deben quedar sin cobertura asistencial los centros públicos.

Desafíos en la descentralización

La Facultad está apostando a completar todos los ciclos en el interior del país, lo cual se lograría a la brevedad. Contar con todos los ciclos de la carrera es prioritario para lograr un compromiso mayor del estudiante que cursa y docentes responsables. Se considera que contar con docentes “no viajeros” implica un grado de madurez y de responsabilidad social en área salud que impacta positivamente en el sistema nacional de salud.

CONCLUSIONES Y CIERRE

Prof. Agda Verónica Torres, Br. Ricardo Escobar, Br. Natalia Pan, Prof Titular Oscar Noboa

La amplia participación a la Jornada Institucional permitió un valioso intercambio multidisciplinario con diferentes miradas de las problemáticas y fortalezas que se abordaron con respecto al nuevo plan de estudios.

Creemos que se generaron insumos de gran importancia que complementarán el trabajo que se realiza en torno a la implementación práctica del plan de estudios y a futuras definiciones en la instrumentación del mismo.

Este esfuerzo editorial presentado creemos es gran importancia ya que plasma las discusiones que se generaron y refleja la complejidad de los temas abordados. Se contará también con una publicación digital y con material docente presentado en talleres, en la página web de nuestra Facultad.

