

FACULTAD DE MEDICINA

ASAMBLEA DEL CLAUSTRO

**Sesión del día
jueves 3 de mayo de 2001**

ACTA N° 19

Versión taquigráfica

Preside eł Dr. Fernando Rama

S U M A R I O

Asistencia.....	1
PLAN DE ESTUDIOS.....	1
Se levanta la sesión.....	16



**ASAMBLEA DEL CLAUSTRO
FACULTAD DE MEDICINA**

Sesión del día jueves 3 de mayo de 2001

ACTA No. 19

ASISTEN: **Por el orden docente:** Ana María ACUÑA, Nora ARTAGAVEYTIA, Alejandro ESPERON, Alberto PIÑEYRO, Fernando RAMA y Cristina TOURIÑO.

Por el orden de egresados: Washington BERMUDEZ, Gabriel CASAL, Ana DE LEON, Celia DE PRO, José IBARGOYEN, Pedro LOSANTOS, María MASSONIER, Jorge MONTAÑO, Ramón NEGRO y Erwin PENEDO.

Por el orden estudiantil: Ximena AGUIRREZABAL, Ana Paula CARBAJAL, Victoria CORDOVA, Lucía DRAGO, Mariana GUIRADO, Martín SALGADO, Rosario TAROCO y Mijal WOLAJ.

En lo administrativo actúa el señor Sergio Fernández.

SEÑOR PRESIDENTE (Rama).- Está abierta la sesión.

(Es la hora 13 y 15)

PLAN DE ESTUDIOS

—En este nuevo ritmo quincenal de sesiones habíamos acordado trabajar intensivamente en el tema del Plan de Estudios.

Para emparejar la información que ya fue dada en otras reuniones, vamos a repasar ciertas anotaciones previas que algunos ya conocen. En el Claustro pasado habíamos resuelto enviar al Consejo de la Facultad de Medicina una copia del acta de la reunión que se hizo en Salto, de la que ya se realizó una valoración. Eso se cumplió y, por tanto, lo que se

discutió en Salto no es un secreto para nadie.

Por otra parte, también en la reunión pasada del Claustro resolvimos la integración de la Comisión dedicada a la elaboración del currículum de la Licenciatura de Biología Humana. Ya se realizó la tercera reunión de esa Comisión inter Claustros, que se llevó a cabo en el Instituto de Higiene. Aparte de los profesores Algorta y Migliaro, que ya estaban integrados, participaron el profesor Morales y el estudiante Rodrigo Suárez. En esa reunión se adelantó bastante, y la próxima se va a realizar el 15 de mayo. Pienso que en dos o tres sesiones más se podrá presentar a este Claustro —y a todos los que tengan que ver con esta Licenciatura— una propuesta definitiva para que podamos pronunciarnos.

El otro tema refiere a la propuesta sobre el Plan de Estudios que empezamos a difundir en la reunión anterior. En la última sesión, además de algunas opiniones favorables en términos generales a esa propuesta, el Orden Estudiantil planteó una primera discrepancia de fondo. Se trata de un tema que debemos discutir y que gira en torno a la ubicación que debe tener en el Plan de Estudio la Medicina Comunitaria. Estamos de acuerdo en que eso tiene una gran jerarquía, pero hay visiones bastante diferentes en cuanto al momento en que se debe implementar.

Los estudiantes, por otro lado, están trabajando en una propuesta que prometieron para el 17 de mayo. Ellos se plantean, como Orden Estudiantil y como gremio, realizar un congreso de discusión de las propuestas, que tendría lugar, en principio, en el mes de julio.

Estas son las informaciones previas. Ahora sería oportuno oír opiniones sobre esta propuesta de Plan de Estudios.

SEÑORA CORDOVA.- Nuestra inquietud era ver más que nada si esa propuesta realmente contemplaba lo que todos queremos modificar. Me refiero a la manera cómo aprendemos, más allá de las materias o de los grandes ejes temáticos. En la propuesta que estamos elaborando para presentar al Claustro también tratamos de poner énfasis en el cambio, más allá de la duración que vaya a tener la carrera. Esa no fue la primera meta que nos pusimos sino la de cómo aprendemos. Se trata de ir un poco más allá de los contenidos y sus estructuras, promoviendo un cambio en la forma.

Actualmente el estudiante de Medicina ve pacientes hospitalizados. Por lo tanto, ¿cuál va a ser el perfil del médico general? ¿Atenderá siempre a pacientes hospitalizados o verá a pacientes de la comunidad que consultan en una policlí-

nica? Nuestra carrera hace poco énfasis en el tema de la comunidad. Eso es lo que opina el colectivo de los estudiantes. No sé si ese aspecto debe tener o no gran peso, pero gran parte de los pacientes que vemos o que vamos a ver como médicos generales —que es a lo que estamos apostando— necesita que eso se tenga en cuenta.

SEÑOR PRESIDENTE.- En la sesión pasada del Claustro el doctor Bermúdez había pedido un informe sobre la dedicación actual de los estudiantes en cada ciclo. No es que nos hayamos olvidado, sino que no tuvimos tiempo de realizarlo.

SEÑOR SALGADO.- Hemos conseguido un comparativo, realizado en 1998, de las horas dedicadas al teórico y la práctico en cada uno de los ciclos.

SEÑOR PRESIDENTE.- Se trata de un estudio comparativo de la duración de los diferentes ciclos del Plan, teniendo en cuenta lo teórico, lo real y, eventualmente, lo proyectado. Creo que puede servir de base para tener una idea del tema.

SEÑOR BERMUDEZ.- Todos conocemos la estructura actual del Plan y la dedicación supuesta, pero ha habido tantos cambios en el camino que no tengo la menor idea de cuál es la dedicación real de los estudiante en cada ciclo.

SEÑOR SALGADO.- Un compañero nuestro está reuniendo esa información, ciclo por ciclo, en base a los horarios de clase.

SEÑOR PRESIDENTE.- Según el documento que nos han acercado los estudiantes, en el Ciclo Básico se computan cinco horas por día de dedicación por parte del estudiante; en el ESFUNO el promedio es de 3,3 horas por día; en el CEFA, 4 horas; en el CIMI, 6 horas; en los CICLIPA I y II, 6 horas; en el Materno Infantil, 5 horas; y en el Internado obligatorio son 7,5 horas por día.

SEÑOR BERMUDEZ.- Vamos a esperar el estudio que se está realizando, con datos actualizados.

SEÑOR ESPERON.- En la propuesta presentada por la Mesa se habla de "Internado obligatorio" y "Rotación por diferentes servicios de emergencia" en sexto año, y en el séptimo año, de "Internado obligatorio" y "Rotación exclusiva por servicios relacionados con la Medicina extrahospitalaria (Medicina Familiar y Comunitaria)". ¿Qué se quiere decir cuando se habla de rotación por diferentes servicios de emergencia y de servicios relacionados con la Medicina extrahospitalaria?

SEÑOR PRESIDENTE.- El primer año sería bastante semejante al

actual, más allá de los cambios que se proponen para el Internado como tal. Los internos ahora tienen básicamente una responsabilidad en las guardias de los Servicios de Emergencia y también siguen a los pacientes en sala.

El segundo año plantea una permanencia del interno en Servicios de atención primaria, no necesariamente en la periferia sino también en las policlínicas de los Hospitales. Eso implica reformular el convenio entre la Facultad de Medicina y el Ministerio de Salud Pública y crear más cargos de internos. También implica que se expanda el sector de medicina comunitaria en nuestro sistema.

SEÑOR ESPERON.- Es difícil discutir un documento cuando se comparte el sentir y lo que se trata de buscar, pero a ese esqueleto le falta el contenido. Está claro que se apunta —por lo menos desde mi punto de vista— a lo reclamado, esto es, el concepto de orientación hacia un modelo concreto que no está definido. Sin embargo, la política que se busca está bastante delineada. Me refiero al hecho de ir a ver al paciente donde esté y no solamente en el hospital, de fortificar la formación a través del tutor —que debe tener la imagen de médico integral— y de dar un valor trascendente a la formación a través del internado, que hoy se descuida. La realidad es que hoy se descuida el Internado y el CICLIPA es más extenso, donde el interno es un ente autónomo.

A lo que apunto es a cómo seguir la discusión de esto, al margen de que pueda haber ajustes de tiempo, y continuar avanzando para darle contenido curricular. También debemos ver cómo definimos los grandes objetivos del producto que queremos sacar en la Facultad. No se trata de lo que la Facultad quiera formar sino también que tenga una adaptabilidad al modelo asistencial vigente. A través de los cambios de los productos se pueden cambiar los modelos, pero no podemos pensar, por ejemplo, en un marciano en la luna. Debemos ser muy realistas.

SEÑOR PIÑEYRO.- Discrepo en algunas de las expresiones del doctor Esperón. El mencionó que se prioriza el CICLIPA en detrimento del Internado obligatorio. Sin embargo, sigo preguntando a las generaciones que pasan por nuestros Servicios y la mayoría me contesta que en ese año único de Internado es cuando han consolidado su formación, que venía muy endeble del CICLIPA. Por lo tanto, considerar la posibilidad de aumentar un poco ese año de Internado obligatorio va a ser muy provechoso.

SEÑOR ESPERON.- Eso es evidente.

SEÑOR PIÑEYRO.- Puede ser que no se haga demasiado hincapié en

el año de Internado obligatorio, pero los estudiantes lo están aprovechando, ya que luego tienen toda la formación previa más el desempeño de ese año.

SEÑOR ESPERON.- Estoy ciento por ciento de acuerdo con el doctor Piñeyro pero, debido a la falta de claridad en los objetivos, hoy en día el interno —lo veo en la realidad del Hospital de Clínicas, donde pasa un gran volumen de ellos con muchas expectativas— no tiene un cronograma formativo estructurado. Depende un poco de la "buena fe" —entre comillas— de un grupo docente, pero no tiene una actividad definida tal como se expresa en este documento. Puede suceder que a un interno le toque una Sala de Oftalmología, por ejemplo, y pase esos tres meses en un lugar donde no hay ni siquiera un docente. Esa es la realidad.

Un error histórico ha sido dejar libradas las rotaciones del Internado en rotaciones, que luego se regularon, pasando por Servicios de Cirugía o Medicina. Sin embargo, hoy por hoy, un Servicio de Cirugía —hablo nuevamente de la situación del Hospital de Clínicas— puede ser de Oftalmología, Cirugía Cardíaca o la Clínica Quirúrgica "A", con realidades totalmente diferentes desde el punto de vista formativo.

SEÑOR PIÑEYRO.- Quiero plantear algunas ideas y discrepancias con lo planteado aquí. Lamentablemente no está presente la doctora Rubio, que podría hablar en mi lugar, pero me cuesta creer que se pueda integrar el CICLIPA III a las estructuras actuales del CICLIPA I y II. Yo tenía bastante presente el esquema que presentaron los estudiantes y había pensado que seguramente hay que tratar de poner en los dos primeros años todo lo que es Ciclo Básico y ESFUNO actual. Yo lo veo como el Ciclo Básico de toda el Área de la Salud, pero que no podrá prolongarse más allá de los dos años. El esquema presentado por los estudiantes, con las horas de dedicación, habla en favor de esto.

Quizá por no tener participación directa en la parte del CEFA diga algo con lo que no se esté totalmente de acuerdo. Para mí, a partir del tercer año, todo lo que es CEFA y CIMI debería estar obligatoriamente amoldado dentro del CICLIPA. Luego estará la parte del Ciclo Materno Infantil. Hice un esquema muy primario, con seis años, de la carrera de Doctor en Medicina tratando de buscar los dos años de Internado obligatorio. El primer año de ese Internado era el sexto de la carrera, y el primero de recibido se organizaría como el segundo año de Internado obligatorio.

Estoy totalmente de acuerdo con el principio que plantean los estudiantes, y creo que se debe profundizar mucho más en

el asunto. Me refiero a la dicotomía entre lo que se pretende, esto es, qué médico queremos, y lo que estamos haciendo en el momento actual. Por supuesto, ese médico que queremos, que soluciona el 80 % de los problemas que se le plantean, no se formará exclusivamente en las salas de los hospitales, donde hay enfermos que quizá presenten el otro 20 % de los casos. Hay que repensar eso y las dificultades que se ha tenido en la parte de asistencia a la comunidad. Ahí bien se podría reflotar algo que por lo menos en la parte quirúrgica se está desaprovechando totalmente, que es la consulta externa de nuestros hospitales.

Aquí —hablo de Cirugía— no hay gran diferencia en lo que puede ser una consulta en la asistencia comunitaria y en nuestros hospitales. Nuestros estudiantes no concurren a las policlínicas donde se ve gran parte de ese 20 % de casos que no están en las camas de un hospital. Eso se fue dejando de hacer por múltiples razones, y seguramente los primeros culpables somos los médicos, que nos quedamos muy cómodos en las Salas y no vamos a las policlínicas, donde hay un material que no se puede desaprovechar. Debemos repensar todo esto y ver cómo podemos profundizar en el tema.

SEÑOR SALGADO.- Me parece que en esta discusión sobre cómo acortamos la carrera —porque es eso lo que estamos discutiendo— no podemos dejar de lado, al momento de plantearnos la reestructura curricular, el tema de la metodología. De las pocas resoluciones que hemos tomado como Claustro, teniendo en cuenta los tiempos que lleva una discusión en este ámbito, una de ellas habla expresamente de la metodología docente. Me parece que ése no es un tema menor, porque cuando pensamos en cambiar un Plan de Estudios no solamente hablamos de cambiar las materias de año o de comprimir determinados cursos. Cuando hablamos de una metodología centrada en el estudiante estamos pensando en una cantidad de cosas, como ser una integración básico-clínica que nos permita desde los primeros años estudiar las materias básicas con la mirada puesta en lo que es la clínica. Por lo tanto, yo no separaría por un lado los primeros años del actual ESFUNO y luego la clínica.

En tanto miremos la reforma curricular con los ojos de una metodología determinada, cuyas bases conceptuales han sido aprobadas por el Claustro anterior, podremos pensar la carrera de manera más integral. Quiero dejar constancia de esto porque a veces nos quedamos en las estructuras y nos olvidamos de toda esta base conceptual que debe ser explícita en toda reforma curricular.

SEÑOR BERMUDEZ.- Lo que expresa el estudiante Salgado no es distinto a lo que está planteado aquí. El manifestó que en el

proyecto nos quedamos cortos en el acercamiento de la clínica a los primeros años.

SEÑOR PIÑEYRO.- Me da la impresión que lo que planteó la delegación estudiantil es que para ellos es prioritario no tanto la cantidad de años de la carrera sino la metodología que se incorpore a lo largo de ella.

SEÑOR SALGADO.- Una metodología distinta nos permitirá acortar la carrera.

SEÑOR PIÑEYRO.- Comprendo a la delegación estudiantil y entiendo que debe ser así. Sin embargo, eso es tremendamente complejo. Todos debemos entender que esto implicará una nueva forma de enseñanza y de aprendizaje en el futuro, pero que no se puede determinar como una declaración del Claustro aprobada por el Consejo de la Facultad de Medicina. No podemos decir que, por ejemplo, en el 2002 se aplicará determinada forma de aprendizaje. Sin embargo, trabajando todos en conjunto sí podremos decidir que la carrera de Doctor en Medicina, a partir de determinado año, va a constar de seis o siete años.

SEÑORA WOLAJ.- Podemos plantear el cambio de duración de la carrera, que es algo sencillo, pero estamos considerando un Plan de Estudios. No podemos empezar por determinar dónde quedará ubicado el Ciclo Materno Infantil o Cardiología. Tal vez ni siquiera haya un Ciclo Materno Infantil, porque lo habremos modificado en base a una metodología diferente. Se trata de abrir un poco más la mente y no pensar en meter todo lo que conocemos en una bolsa de siete años. Todo esto va un poco más allá de lo que sería el simple cambio del Plan de Estudios.

SEÑOR IBARGOYEN.- En el propio documento, cuando se mencionan los criterios generales sobre los que se va a trabajar, en el apartado a) se habla de "criterios metodológicos innovadores en materia de enseñanza a ser aplicados en todas las unidades curriculares de la carrera". Creo que una cosa no excluye a la otra, por lo que estoy de acuerdo con lo que dicen los estudiantes.

Tal como sucedió con el Plan Piloto, lo más polémico aquí parece ser el hecho de si metemos la carrera en siete años o no. Lo importante es modificar todo el Plan de Estudios y la metodología de enseñanza. Tenemos que buscar la manera de trabajar en conjunto, manteniendo todas las intenciones. En particular —es una opinión personal— estoy de acuerdo en que se debería disminuir la extensión de la carrera y en que el Internado es una etapa fundamental, a la que debemos dar la mayor importancia. También estoy de acuerdo con la propuesta

de los estudiantes. Sería muy provechoso el hecho de que se incorporara la etapa clínica en comunidad desde el primer año, ya que permitiría conocer mucho más desde el inicio los factores externos que afectan la salud de los individuos que luego se encontrará como pacientes.

Creo que todos estamos de acuerdo en lo mismo. Hay que tratar de mantener el hilo de las ideas, teniendo presente el apartado a). También hay que considerar el punto 1) del apartado b), que plantea "una más precoz vinculación real del estudiante con la tarea asistencial". Entiendo que hay discrepancia en cuanto a disminuir la duración de los estudios de grado, pero habría acuerdo en remarcar la importancia del Internado, dándole una mayor duración.

SEÑORA GUIRADO.- En la propuesta se me dificulta cuando trato de ver un aprendizaje basado en problemas clínicos en Biología Celular, por ejemplo. Para ese aprendizaje es necesario contar con aparatos, por lo que la solución implicaría contar con conocimientos de Celular, de Tisular, de Anatomía, de Bacteriología e incluso de Sociología o de Psicología. Creo que debemos tener cierta coherencia interna.

El segundo aspecto refiere al tema de la Clínica y del Internado, en lo que estoy muy de acuerdo. El problema es que el aprendizaje en la Clínica actualmente está mal estructurado y funciona mal, porque somos quinientos estudiantes repartidos en dos pisos del Hospital. No sé si la solución para eso pasa por extender el Internado a dos o tres años o por diversificar los lugares de formación de los estudiantes en el pregrado. Evidentemente, no se puede aprender nada si se rota de cama cada dos días, como sucede en el Hospital de Clínicas, porque de esa forma no se puede realizar el seguimiento de nadie y los estudiantes estamos todo el tiempo realizando la historia clínica completa a todos los pacientes de la sala.

En cualquier Plan de Estudios que pensemos, eso tendrá que cambiar. Debemos tener docentes de la Facultad para la parte de razonamiento clínico y para ver cómo se trabaja en ese sentido, a fin de poder hacer medicina basada en la evidencia. Sin embargo, para ver pacientes hay que hacer como en México, donde los médicos que trabajan en el sistema nacional de salud pueden acreditarse como docentes y tener dos estudiantes a su cargo, que van con él a su trabajo. Eso se da además de la formación que brinda la Facultad en los aspectos clínicos.

Si aquí duplicamos en número de internos, vamos a estar en la misma. Si uno va a la guardia del Hospital de Clínicas verá que hay doce internos, número excesivo para la cantidad

de pacientes. De hecho, en el Hospital Maciel, para el mismo número de consultas en Emergencia, hay cuatro internos. Podríamos hacer convenios con otras instituciones, y tener internos —también se habla de gente del pregrado— en el CASMU o en el Hospital Militar. Lo que debemos hacer es ampliar los lugares de formación clínica.

Lo sustancial no es si hay un estudiante cada tres o cuatro pacientes sino que pueda formarse sin tener que estar haciendo cola junto al paciente para escuchar un soplo. Eso es deformante en muchos aspectos. La parte de financiación de este proyecto será complicada, pero hay que lograr una real inserción donde el interno tenga responsabilidad asistencial.

Por otro lado, estamos de acuerdo con respecto a que CEFA y CIMI no deben existir como cursos aislados. Muchos de los aspectos del CEFA deben verse con las materias básicas y otros en la parte clínica. Un curso de Semiología, donde el estudiante va durante cuatro meses a aprender nada más que eso, ni siquiera puede formar parte de lo que llamamos asistencia integrada a la docencia. Aquí lo que se hace es utilizar al paciente para hacer docencia, pero no se hace docencia ligada a la asistencia en la parte de Semiología. Por eso no creo que deba seguir existiendo como curso aislado. Creo que se puede aprender Semiología y a la vez Clínica.

SEÑOR PRESIDENTE.- Comparto las preguntas que realizaba el doctor Bermúdez porque, escuchando a los estudiantes, uno empieza a quedar desorientado.

Tengo la teoría de que en la Facultad todos queremos cambiar. Nunca oí a nadie que dijera que no quiere mejorar. Sin embargo, como todos hablamos desde una determinada posición o experiencia —porque pertenecemos a un Orden, por nuestra especialidad, experiencia de vida o antigüedad más o menos universitaria, etcétera—, el resultado es que queremos cambiar sin que cambie nada. Queremos cambiar pero sin romper nada, y así se hace difícil el cambio.

Lo que pido es que se lean los documentos y se interpreten. En el numeral 3 se menciona la innovación metodológica en la que todos estamos de acuerdo. Es verdad que en Biología Celular no se va a discutir un problema clínico, pero ya habíamos hecho una propuesta donde, de entrada, se iba a discutir la enseñanza por problemas y los estudiantes iban a empezar a aprender Medicina desde el primer día. Todo esto implica un cambio demasiado complejo en la cultura de la Facultad. Por lo tanto, basándonos en un planteamiento realizado por el doctor Piñeyro, decidimos reafirmar una serie de cuestiones metodológicas para aplicar en todos lados.

Aquí lo que se propone es un camino. El hecho de decir que todos estamos de acuerdo con la enseñanza por problemas no alcanza. Es necesario formar a los docentes de otra manera. Si no entendemos esto no entendemos absolutamente nada. Además, no puede ser que los docentes que vamos a formar queden librados a su voluntad e inspiración. Por eso establecimos en el documento lo siguiente: "Para que estas premisas metodológicas dejen de ser un discurso y se tornen realidad es necesario iniciar un proceso de selección y entrenamiento de tutores, con las características definidas con precisión en el libro del Dr. Venturelli. Dicho proceso de selección y formación de tutores debiera quedar bajo la responsabilidad de la Escuela de Formación Docente cuya ordenanza ya fuera aprobada por la institución".

No estamos diciendo vaguedades sino algo bien concreto. Hablamos de que la selección de tutores debe incluir a todo el personal docente de la Facultad y no solamente a aquellos Departamentos involucrados en la enseñanza de grado. Todos quienes enseñan una especialidad son médicos, y por tanto todos pueden ser tutores y enseñar cómo se palpa un hígado o cómo se mira un fondo de ojo, aunque se trate de un dermatólogo. Lo menciono porque me parece que estas ideas están incorporadas en el pensamiento de todos nosotros.

La distribución de las materias se plantea para que nos entendamos. De lo contrario habría que describir los contenidos de cada disciplina. Cuando aquí dividimos el CIMI en CIMI I y CIMI II, eso implica replantearse todo el ciclo, tal como ocurre también con el CEFA o el CICLIPA I y II. Curiosamente, la primera que dijo en la sesión pasada que estaba de acuerdo con todo fue la doctora Rubio. Y ellos siempre han planteado el problema de que en Facultad de Medicina el niño aparece recién en el séptimo año.

Además, si es real el hecho de que los estudiantes dedican seis horas diarias al CICLIPA I y II, entonces tenemos tiempo para enseñar sobre el niño, la mujer, el anciano y el feto. El problema es que todos sabemos que esas seis horas no son reales sino que son seis horas de divague por el Hospital.

Este es un camino para ir pensando. Ahora bien, el problema de cómo jeraquizamos la enseñanza comunitaria es un tema profundo, ideológico, de concepción de la Medicina, que es importante. Insisto: para hacer Medicina en la Comunidad hay que saber mucha Medicina. Es la revés de lo que ha supuesto el pensamiento oficial de esta Facultad. Entonces, no vamos a discutir cosas en las que estamos todos de acuerdo, como son las cuestiones metodológicas. Esta no es una

propuesta simplemente para acortar la carrera, pero si la interpretan así, podemos seguir con los ocho años y medio, sin cambiar nada.

Aquí dicen que el problema es que hay quinientos estudiantes en dos pisos del Hospital de Clínicas. Sin embargo, la explicación de las tres horas y media que figuran en el ESFUNO es que tenemos mil cuatrocientos estudiantes inscriptos en la Facultad. Por lo tanto, si seguimos pensando las cosas de esa manera nunca vamos a cambiar nada.

SEÑOR MONTAÑO.- Pido disculpas por la pregunta que voy a hacer: ¿cómo instrumentamos una enseñanza tutorial en pequeños grupos con dos mil estudiantes? ¿Cómo podemos tener una evaluación formativa si estamos evaluando a dos mil estudiantes?

SEÑOR PRESIDENTE.- Llegar a la etapa de la evaluación formativa requeriría todo un entrenamiento y unos cuantos años de cambio real en la metodología de la enseñanza. Eso exige una calidad muy especial en la enseñanza que se imparte y en la formación de tutores.

En lo que hace a la enseñanza tutorial en pequeños grupos, por algo propusimos el Plan Piloto, que fue el blanco de una primera crítica y por eso no hablamos más de él. Por lo tanto, habría que ver con qué recurso docente hacemos frente al tema. Tenemos que aumentar su número y por eso apelamos a una gran cantidad de docentes que participan mínimamente en el pregrado. No sé si la respuesta ha sido clara, pero para dar una más precisa deberíamos entrar en una etapa de instrumentación.

SEÑORA ARTAGAVEYTIA.- Este es el modelo que ha demostrado ser el más útil y el más formativo, pero con mil quinientos estudiantes es imposible hacer grupos chicos. Sin lugar a dudas hay que ampliar los recursos docentes, pero un cirujano no puede dar una clase de Bioquímica. La realidad muestra que el aprovechamiento se da para determinados ciclos y no para los fundamentales, en donde están esos mil quinientos estudiantes.

Con respecto a lo de la enseñanza comunitaria, estoy de acuerdo con lo que dijo el señor Presidente en cuanto a que para hacerla se necesita muy buena formación. Lo que sucede es que hay una confusión entre lo que es enseñanza comunitaria y la policlínica. Los pasillos de los hospitales están llenos de pacientes de atención primaria para policlínica, y eso debe ser aprovechado. Por otra parte, los estudiantes también han planteado el problema que significa trasladarse a la comuni-

dad. Entonces, ¿a qué llamamos enseñanza comunitaria? Los hospitales están llenos de pacientes para policlínica, pero integrar todo esto al principio de la carrera sería perder el tiempo, porque es muy difícil meter en la Comunidad a un estudiante que no tiene ni idea de lo que es la Medicina.

También es interesante, tal como dijo la bachiller Wolaj, aprovechar otros recursos para el pregrado. Se está instrumentando para la enseñanza médica continua y sería bueno pensar en ese aprovechamiento. Eso va más allá de una decisión institucional de la Facultad de Medicina y deberá incluir a la Universidad y a las instituciones relacionadas con este tema. Sería bueno hacerlo ya que, además, la mayoría de los docentes están en otras instituciones, públicas o privadas. Sin embargo, es necesario contar con un apoyo mutuo y una orientación, porque hay instituciones en las que los pacientes se ven uno atrás del otro, como en una fábrica de enlatados. No se puede hacer enseñanza de pregrado con un médico que debe ver siete pacientes por hora. Por lo tanto, deberá haber una aceptación de esto y un compromiso adecuado, pero es bueno que se aprovechen los recursos.

SEÑOR SALGADO.- Quiero reafirmar lo que dije hace un momento sobre la metodología. Yo sí creo que un cirujano puede enseñar Bioquímica. No podemos pensar la nueva estructura del Plan de Estudios dejando de lado la metodología y no creo que lo hayamos hecho por gusto, porque figura en todos los repartidos. Lo que no sé es si todos estamos de acuerdo sobre a qué nos referimos cuando hablamos de aprendizaje por problemas.

Estuvimos haciendo un trabajo para la Comisión de Recursos Educativos donde clasificamos a los dos mil docentes de la Facultad de Medicina. Creo que la reorientación de docentes de pregrado de la que habla el doctor Rama es imprescindible y es lógico que eso no se va a dar de un día para el otro. Todos son procesos y hay que empezar con la formación docente.

Cuando decimos que no hay que dejar de lado el aspecto metodológico no es porque no se haya considerado sino porque seguimos pensando con la cabeza que tenemos ahora. No podemos hablar de ir muy preparados o poco preparados a la comunidad. Uno se puede preparar mucho y ser un excelente médico estudiando en la comunidad. No veo que el motivo de saber mucha medicina esté separado del aprendizaje en comunidad o que haya que llegar a ella sabiendo mucha medicina.

CLAUSTRISTA.- ¿Por qué se cree que para aprender en la comunidad es tan importante tener conocimientos previos? Lo

pregunto porque todavía no tengo posición al respecto.

SEÑOR CASAL.- Comparto el criterio de que hay que tener una formación previa, no total pero básica. El encare actual da mucha importancia a la atención primaria, tanto por temas económicos como por temas médicos. Esta formación es útil cuando detecta el problema y puede solucionarlo en el momento o lo deriva a un centro más especializado. Si el médico no tiene la formación necesaria para hacer eso tan sencillo puede que no se cumpla con la función de asistencia primaria, ya que el paciente tendrá su problema mal solucionado.

Si bien es fundamental que toda la Medicina haga un giro para dar más peso al trabajo en la comunidad, no puede descuidarse el hecho de que quien vaya allí tiene que estar preparado para esa instancia. No se trata solamente del contacto con los vecinos o el aspecto social. Hay un tema de idoneidad y conocimiento científico que la Facultad da al estudiante en el correr de cierto trayecto.

Estoy de acuerdo con que un estudiante puede ir a la comunidad a aprender métodos sociales o trabajo comunitario de promoción de salud, pero debe tener una formación básica para cumplir con la atención primaria. Una consulta de una madre que trae a su niño por un resfrío puede ir desde algo simple a una neumopatía grave. A su vez, el resfrío puede deberse a una desnutrición grave que hay que atender. Visto en forma genérica, el tema parece sencillo, pero va más allá de que la persona esté formada o no. Hay un momento en el que la Facultad debe determinar si una persona está apta para ir sola a un lugar y decidir en aspectos que hacen a la salud del paciente. El estudiante puede ir siempre a la comunidad —aún antes de entrar a la Facultad, porque allí hay cantidad de cosas para aprender— pero no para cumplir con la atención médica.

SEÑOR SALGADO.- Yo creo que en la comunidad puedo aprender atención primaria de la salud; no voy allí sólo a realizar trabajo social. En ese ambiente puedo aprender a derivar un paciente o a atenderlo en el lugar, y ese aprendizaje no necesariamente lo debo hacer en un hospital. La función académica se puede dar en ese ambiente.

SEÑOR PRESIDENTE.- El niño al que se trae a la consulta puede vivir en Carrasco, en el barrio Maracaná, en un pueblo del interior o en un área rural, y no es lo mismo. Puede ser parte de una familia más o menos complicada, puede tener determinados antecedentes o detrás de él puede haber una familia con determinadas características. El niño puede tener un simple resfrío o el inicio de cualquier patología. El

problema es que para realizar bien ese tipo de Medicina se necesita una formación muy buena. Un médico puede recetar unas gotas a ese niño y decirle a la madre que vuelva dentro de tres meses. Eso es muy fácil y lamentablemente se hace mucho, pero luego aparecen las consecuencias.

El estudiante puede aprender eso en la comunidad, pero en un proceso. Es muy distinto un estudiante que ve a ese niño considerando todas las posibilidades que otro que hace una consulta en el primer año de la Facultad y se queda con una visión superficial del problema, porque no tiene la formación que adquirirá después.

¿Por qué los internos están más o menos contentos con lo que aprenden? Simplemente porque enfrentan problemas y tienen que apechugar con ellos. Hasta es mejor que no haya ningún docente, porque así se tienen que romper la cabeza. El problema es que desde primer año hemos acostumbrado a los estudiantes a tener siempre al lado, hasta que llegan al Internado, un padre o una madre para decirles las cosas. El estudiante va a aprender Medicina comunitaria trabajando al lado del médico y no porque alguien le diga que esto es así o de otra manera. Creo que alguna vez tendremos que sacarnos de la cabeza la idea de que la gente aprende porque alguien le dice cómo son las cosas. Eso vale para todo.

Por eso me parece que la inserción de los estudiantes en la comunidad tiene que ser progresiva. En este esquema aparece ya en el segundo año, en el CIMI I. De esa forma los estudiantes podrían aprender los rudimentos de Medicina comunitaria yendo a los centros de salud o a las policlínicas de los hospitales.

Lo que no sirve en la policlínica es que vaya el cirujano con veinte alumnos y les dé una clase sobre várices, sólo porque apareció una paciente con esa patología. Eso no le sirve a la paciente que va para que le resuelvan el problema de las várices ni a los veinte estudiantes, que escuchan una clase de la que se olvidarán enseguida. Tampoco le sirve al cirujano, porque hace un trabajo completamente inútil. Ese problema siempre existió, porque no se puede enseñar en una policlínica cuando uno tiene veinte minutos para ver a un paciente. El estudiante debe ir todos los días a la policlínica con el médico y ver los casos concretos, pero eso no puede ser una instancia de clase. Esta deberá darse después, pero no en presencia del paciente.

SEÑORA CORDOVA.- Por momentos me da la sensación de que no nos estamos entendiendo.

Cuando entré al CIMI en el Hospital vi a un paciente con una neumonia. Nunca en mi vida había visto una neumonia, pero tuve que aprender a ver a un paciente con ese problema. Sin embargo, en ningún momento tuve que tomar decisiones sobre ese paciente, porque yo no cumplía un rol asistencial.

Por lo tanto, si mando a un estudiante a la comunidad no lo hago para que tome decisiones sino para que aprenda. Creo que es exactamente lo mismo que lo que hacemos ahora. Nosotros entramos al Hospital y no sabemos hacer nada. ¿Cómo aprendemos? Mirando a los demás. Cuando hablamos de ir a la comunidad no estamos planteando que un estudiante de primer año vaya a tomar decisiones. En el Ciclo Básico aprendemos atención primaria de la salud, pero me pregunto si cuando llegamos a cuarto año realmente sabemos interpretar lo que aprendimos en el Básico. Yo creo que no, porque nunca lo vimos en la sociedad. Como nunca entramos a ese sistema, nunca logramos comprenderlo. Uno cuando entra debe aprender a solucionar problemas solo, bajo la tutoría de un médico o un cirujano. Me dio la sensación de que estábamos hablando de cosas distintas pero, en realidad, pensábamos lo mismo.

SEÑOR PRESIDENTE.- En esto estamos de acuerdo. Es un poco lo que yo quiero decir, aunque no es ése el momento para hacerlo.

SEÑORA CORDOVA.- En este método es obvio que no está integrado y no tiene sentido. Por eso digo que debemos sacar la cabeza de este método y mirarlo desde otro lado. Nunca se va a aprender en el Ciclo Básico atención primaria de la salud mientras se siga dando de esa forma. No podemos pretender que un estudiante entienda el trabajo en comunidad si usamos esta metodología.

SEÑOR CASAL.- Yo también estoy de acuerdo con lo manifestado por la bachiller Córdova, y creo que no hay que discrepar por discrepar. Me refería más bien al tema de cuando el estudiante tiene que decidir, y por eso veo bien la idea del segundo año de Internado. De esa forma el interno, con los conocimientos adquiridos sobre las distintas patologías, empieza a trabajar en comunidad como médico, cumpliendo un rol en la atención primaria de la salud.

SEÑOR PRESIDENTE.- Creo que ésa es la manera real de jerarquizar algo que todo el mundo dice que quiere jerarquizar.

SEÑOR CASAL.- Otra cosa que me parece fundamental fue lo que se dijo sobre utilizar los recursos que hay a nivel del Estado. La obligación de sacar esto adelante no es sólo de la Facultad de Medicina sino que depende del país en general. Así como con los residentes se busca la participación del sector

privado, creo que también hay que buscarla en el pregrado, esto es, abriarnos al Hospital Militar, al Policial y a las grandes instituciones que tienen un buen nivel de atención. Si la idea no sale de aquí nunca va a concretarse.

Los recursos siempre van a ser limitados porque, por más que hagamos un proyecto precioso, el gobierno no va a mejorar mucho lo que asigna. Es muy difícil conseguir recursos para la enseñanza. Por lo tanto, sería bueno que pudiéramos colocar estudiantes de pregrado en el Hospital Militar o en el Policial, junto con docentes de la Facultad que trabajen allí. De ese modo se aprovecharían recursos que ya están distribuidos en otros sectores. Cuando hablábamos del Plan Piloto también se mencionó el tema de los recursos. Es ilusorio pensar que el gobierno va a votar recursos más amplios que los que tenemos ahora. Lamentablemente esa situación no va a cambiar. Por eso, lo que dije anteriormente podría ser una buena manera de aprovechar los recursos que actualmente no se asignan a la Facultad.

SEÑOR IBARGOYEN.- Aquí hay muchas ideas en las cuales están tomando importante protagonismo los docentes y los estudiantes, tal como corresponde en un tema como el que estamos tratando. Hay puntos de encuentro y otros en los cuales habría que limar asperezas o buscar opiniones de consenso, sobre todo en aquéllos más fundamentales.

Propongo a los Ordenes, en particular a los estudiantes, que eleven a la Mesa un proyecto escrito para que de esa forma podamos cotejarlo con el que tenemos ahora. De esa forma, todos quienes estamos participando en esta reunión podremos tener elementos concretos y no discutiremos permanentemente sobre lo mismo, yendo de un tema a otro en forma errática. Los puntos en los que haya consenso se podrán dejar plasmados en un documento.

SEÑORA CORDOVA.- Esa era la idea que queríamos plantear, en el sentido de traer aquí las líneas generales.

SEÑOR IBARGOYEN.- Luego se vería de qué forma se pueden amalgamar.

SEÑOR PRESIDENTE.- Me parece fundamental que a partir de ahora, sobre la base de lo que ya está escrito, se sigan agregando propuestas. Me permito insistir en esto porque las cosas escritas tienen otra fuerza. De lo contrario, la discusión se vuelve un divague completo. Es muy importante que aparezca la propuesta escrita de los estudiantes, pero espero que no sean sólo frases generales, porque sino estamos en lo mismo. También tiene que venir por escrito la propuesta del

doctor Piñeyro en cuanto a diluir o atomizar —como se quiera decir— el CEFA y el CIMI.

SEÑOR PIÑEYRO.- Los estudiantes también opinaron algo parecido.

SEÑORA CORDOVA.- Si queremos abocarnos a un aprendizaje total no podemos desconectar la semiología y la patología.

SEÑOR CASAL.- Sólo eso, ya implica un cambio importante.

SEÑOR PRESIDENTE.- Hay que escribir todo eso y dar viabilidad a las cosas, porque ya sabemos como funciona todo. En el CEFA los estudiantes tienen Farmacología General y se supone que cuando los estudiantes llegan al CIMI ya poseen las bases para orientarse en el tratamiento. También se supone que cuando ellos llegan al CIMI hay un farmacólogo que aplicará las bases farmacológicas de la terapéutica. Ahí empiezan los líos entre los clínicos, que recetan los antibióticos, y los farmacólogos, que dicen que los clínicos no saben nada.

SEÑORA CORDOVA.- Un farmacólogo nunca nos va a venir a indicar la medicación que hay que dar al paciente, porque nunca está en la sala y de hecho no tiene por qué hacerlo. El perfil del estudiante debe apuntar a solucionar, tal como se dijo aquí, el 80 % de los problemas que surjan en la comunidad. Si se necesita solucionar algún aspecto muy puntual tendremos que recurrir a la especialidad. Lo ideal es que el estudiante pueda manejar todo eso. Ahí es donde apunta el clínico.

SEÑORA ARTAGAVEYTIA.- Hay que reconocer la falta en que estaba el Orden Docente y ADUR al no discutir este tema. Digo esto porque, más allá de los planes escritos, aceptados y publicados, el hecho de que las cosas cambien pasa por la mentalidad y la forma de encararlas.

SEÑOR PRESIDENTE.- El servicio de Diagnóstico y Tratamiento Especializado ocupa un montón de gente, y originalmente se suponía que esos docente iban a formar parte de equipos multidisciplinarios, interdisciplinarios o pluridisciplinarios que estarían en la sala junto al médico clínico. De esa forma, si aparece una radiografía, ésta será interpretada por el clínico pero también por el imagenólogo o el radiólogo. También estaría presente el laboratorista y otros especialistas. Sin embargo, ese equipo multidisciplinario nunca apareció. A veces se da en los ateneos, cuando concurre un farmacólogo o un especialista en medicina nuclear. Se trata de información más profunda sobre un tema, pero sigue siendo información y hay poca cosa en concreto con el paciente como problema. Ahora bien, lograr que funcione ese equipo multi-

disciplinario no es nada fácil porque la persona que está en el sótano del Hospital, mirando una imagen o un tubo de ensayo, no va a la sala. Lo máximo que se puede lograr es que vaya un día a un ateneo y diga algunas cosas sobre su actividad. Sin embargo, tampoco el docente de Clínica lleva a los estudiantes al Laboratorio.

SEÑOR SALGADO.- Tal vez haya que educar para que sean los estudiantes los que vayan a buscar la información. Si logramos estas bases —grupos pequeños, enseñanza por problemas— para que el estudiante cuente, por ejemplo, con un Servicio de Anatomía Patológica abierto, de pronto no será necesario que el especialista concurra a la sala. De esa forma el estudiante tendrá un rol mucho más activo en su formación.

SEÑOR PRESIDENTE.- ¿Por qué el motor no es el estudiante? Aquí volvemos a lo que dice el doctor Venturelli: el estudiante no es el motor porque está para salvar exámenes.

SEÑOR PIÑEYRO.- En nuestra época de estudiantes íbamos a buscar información cuando los externos éramos diez. Recuerdo cuando iba al Laboratorio o a Anatomía Patológica para que me explicaran cómo se hacía tal o cual cosa. Por lo tanto, no estamos descubriendo nada nuevo.

SEÑOR SALGADO.- Tengo compañeros que lo hacen, pero aquí no nos formamos para eso.

SEÑOR PRESIDENTE.- Cuando discutíamos sobre este CIMI I que aparece en el segundo año, lo primero que se consideraba era cómo dar una inyección. Se trata de cuestiones básicas de Enfermería. ¿O acaso no es verdad que los estudiantes terminan los ocho años y medio de carrera y no saben realizar maniobras de Enfermería básica?

Continuaremos la discusión de este tema el 17 de mayo. Espero que aparezcan propuestas por escrito.

Se levanta la sesión.

(Es la hora 15 y 15)