



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA

1

**ASAMBLEA DEL CLAUSTRO
FACULTAD DE MEDICINA**

Sesión del día 20 de julio de 2006

ACTA N° 14

ASISTEN: **Por el orden docente:** Marta ALBERTI, Ema C. CANDREVA, Gabriela ALGORTA RUSIÑOL, Carlos DUFRECHOU POGGI, Carlos KETZOIAN, Alberto RODRÍGUEZ, Ana KEMAYD, Julio VIGNOLO BALLESTEROS y Fernando MARTÍNEZ BENIA.

Por el orden de egresados: Daniel SALINAS, Carlos BAROZZI, Silvio RÍOS FERREIRA, Lucía NAKLE, Miguel COIRO PAOLETTI y Luis CARBAJAL ARRIAGA.

Por el orden estudiantil: Erika GONZÁLEZ, Soledad OLIVERA, Federico GARCÍA, Gonzalo FERREIRA, Daiana PAULINO, Valeria TOLOSA, Leonardo POLAKOF, Martín BIASOTTI, Paula FERNÁNDEZ, Natalia PÉREZ y Leticia LASSUS.

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

(Es la hora 13)

Asuntos Previos

—El primer Asunto Previo es una solicitud del Consejo de la Facultad de Medicina en el sentido de que el Claustro proponga la terna para la Presidencia de la Comisión Directiva del Hospital de Clínicas, de acuerdo a lo establecido en el Artículo N° 9 de la Ordenanza. Es un punto de política universitaria que debemos resolver.

Por otro lado, debemos tomar conocimiento de una nota enviada por el profesor doctor Jorge Torres en la que informa que no solicitará la reelección en su cargo de Director de la Escuela de Graduados. El doctor Torres cesa en su cargo el 22 de agosto, por lo que debemos pensar el tema.

Finalmente, ha llegado una invitación del Consejo de la Facultad de Medicina para que la Mesa del Claustro participe activamente en un taller de discusión asociado al Consejo sobre experiencias con instrumentos de evaluación sumativa, antes de finalizar el mes de julio. Debemos contactarnos con el Decanato para ver cómo podemos concretar esto antes de fin de mes.

Por otra parte, el Instituto de Pediatría me solicitó que informara al Claustro que el 11 de agosto se va a realizar una despedida a la doctora Ferrari, en el Hotel del Prado.

Informe de la Mesa sobre la entrevista mantenida con el Sr. Decano

—El jueves 29 de junio concurrimos a una entrevista con el profesor doctor Felipe Schelotto, Decano de la Facultad de Medicina. Participaron de la misma la doctora Ema Candreva, por el Orden Docente; la bachiller Leticia Lassus, por el Orden Estudiantil; los doctores Daniel Salinas y Silvio Ríos, por el Orden de Egresados, además de quien les habla. En dicha reunión se informó al Decano acerca del plan de trabajo del Claustro, haciendo hincapié en la labor de la Comisión de Plan de Estudios y de la Comisión de Estructura Docente. Además, dio la casualidad que la mayoría de los participantes a esa reunión eran integrantes de la Comisión de Plan de Estudios.

El doctor Ríos informó sobre la actividad realizada por el Claustro anterior, señalando que la decisión de trabajar en este Plan de Estudios tuvo una base muy firme en las Comisiones de los Claustros previos. Hizo fundamental hincapié en el trabajo del Claustro 2003-2005. También se planteó que los avances en el tema Plan de Estudios estaban estrechamente vinculados al cambio de la estructura docente y a la reestructura del Departamento de Medicina General Familiar y Comunitaria. Por su parte, el doctor Salinas marcó la importancia de la inserción temprana del estudiante en la comunidad y su permanencia durante toda la carrera. Explicó que se plantea un menor número de años a expensas de una mayor carga horaria. También se mencionó la importancia de los aspectos bioéticos en la formación del estudiante.

El doctor Schelotto se refirió a la importancia que el Consejo, el Claustro y la Comisión de Plan de Estudios tienen en la evaluación de los pares y propuso que dicha Comisión tuviera contacto con el grupo de trabajo de la Comisión de Seguimiento del Plan de Mejoras, integrada por la doctora Ceretti, los doctores Garcés, Calegari, Carbajal y Schelotto, además de un asistente académico, el doctor Federico Ferrando.

Con referencia a la comunidad, el Decano informó que se había nombrado como asistente académico a la doctora Doménech, con la idea de trabajar en tres puntos: atención primaria en salud, Departamento de Medicina General Familiar y Comunitaria y enseñanza y aprendizaje en el primer nivel. En este último aspecto, se señaló la importancia de contactar con APEX y con la Comisión Mixta del Ministerio de Salud Pública. Además, el Decano señaló la importancia de la flexibilización curricular en el nuevo Plan de Estudios.

En cuanto a la Comisión de Estructura, considera importante la formación y evaluación de los docentes. Además, planteó que si la Comisión de Plan de Estudios avanza de tal forma que realice una propuesta en este año para comenzar a aplicarla en el 2007, él estaría de acuerdo en apoyarla y realizar las consultas al demos para que eso fuera efectivo.

Sobre los cargos en el Departamento de Comunidad, planteó la necesidad de aumentar hasta doce los Grados 2 y realizar una reunión con los Grado 4, y dijo que, por el momento, el número de residentes -hay veinticinco- iba a quedar igual. En el momento de la entrevista todavía no había llegado al Consejo el pedido de la Comisión de Estructura Docente para que se nombrara un Grado 5. El Decano estuvo de acuerdo en que el Consejo y el Claustro deben realizar actividades en consonancia, pero siempre teniendo en cuenta lo que maneja cada Orden. Hubo en la entrevista un ambiente de diálogo cordial, y quedaron las puertas abiertas de un lado y de otro.



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA**

3

SEÑORA FOREN LOTUFFO.- El profesor Carbajal nos acercó un documento preliminar sobre el que estuvimos trabajando en la Comisión. La idea era traerlo a la Asamblea del Claustro para realizarle los cambios que se estimaran necesarios, a fin de poder comenzar a hacer cosas más concretas.

SEÑOR CARBAJAL.- El tema es que en la Comisión no llegamos a un consenso. Este documento, que yo creía era el mínimo del mínimo, no resultó ser tan mínimo. Parece que todavía hay aspectos divisibles y el documento no es un átomo como yo pensaba. Por eso me pareció mejor que fuera presentado por otro miembro de la Comisión.

Se trata de tener una plataforma mínima para empezar a actuar. No es el Plan de Estudios. Ni siquiera es un esquema curricular, ni una silueta ni un esbozo de Plan de Estudios. Es una plataforma mínima con dos partes, en la primera de las cuales el Claustro asume plena responsabilidad sobre la situación que se está viviendo y la hace pública al resto de la Facultad. Estamos viviendo una situación crítica y el Claustro debe inscribirse en ese contexto. No estamos hablando de una reforma curricular como elemento de calistenia curricular. Implica asumir una responsabilidad y en eso se nos va la vida institucional.

Por otra parte, esa reforma curricular fue planteada hace por lo menos diez años. Existe un cronograma del Claustro en 1996-97, cuando los jóvenes aquí presentes estaban saliendo de la escuela y entrando en Secundaria. Espero que los actuales egresados de Primaria no estén también sometidos a esa situación.

La reforma curricular es un tema que nos debe preocupar y debe estar en la primera línea de trabajo del Claustro. ¿Cómo podemos hacer esa reforma? Por etapas, porque los contenidos más mínimos ya provocan resquemores. En la primera etapa, luego de leído el documento, se propone trabajar el tema de los objetivos generales del currículum médico, y en eso se coincide con el Plan de Mejoras de la Facultad. Eso es algo que ha estado presente desde siempre como problema pero nunca fue abordado. Ello implica definir la misión de la Facultad; las tareas del egresado, médico general, en un contexto de primer nivel y de sistema nacional de salud; las competencias que la Facultad debe trabajar para lograr el normal desempeño de ese profesional y, desde ahí, elaborar poco a poco los instrumentos que permitan realizar la enseñanza.

La propuesta es de un plan que se trabaja a partir de los objetivos generales. La forma clásica de elaborar el Plan de Estudios era pensando los contenidos en etapas, como una escalera, y luego poniendo cosas en los peldaños. Los objetivos generales eran como una especie de "saludo a la bandera", pero cuando uno bajaba y exploraba la realidad de la enseñanza veíamos que los objetivos generales no existían o estaban presentes en un mínimo.

Tenemos un perfil del médico ya definido por el Claustro. Si chequeamos los contenidos de ese perfil veremos que la importancia del médico y del primer nivel de atención constituyen un 10%, por decir una cifra. Nos llenamos la boca con que lo importante es el primer nivel de atención pero, de hecho, le damos el 10% de los contenidos curriculares. Esa es una contradicción que debemos superar. No podemos seguir en ese doble discurso.

El Plan de Estudios tiene que ser trabajado a partir de esos objetivos generales, desgranándolos hacia atrás para ver dónde van a estar. No se trata de empezar por las disciplinas sino de ver qué hay que hacer para que el médico adquiera sus competencias.

La primera parte suma dos o tres documentos al perfil ya definido por el Claustro, que apuntan a las tareas del médico, a la misión de la Facultad y a las competencias del

egresado. El fundamento de esa mínima estructura curricular es el del Claustro anterior, que definía las cosas más importantes para el nuevo Plan. Son las permanencias e invariantes del Plan 68, que deben ser respetadas. Una es la enseñanza cíclica, como bien lo definió el compañero Ríos. Esto quiere decir que la enseñanza no se estratifica por disciplinas sino que se hace por ciclos, donde las disciplinas convergen en torno a los objetivos de ese ciclo. ¿Qué ventajas tiene una estructuración por ciclos? No hay currículum capaz de absorber toda la nueva y agobiante información que a cada rato está enriqueciendo a la Medicina si no se estructura por ciclos. De esa forma todo lo que aparece es rápidamente metabolizado en esa glándula hepática que es el ciclo, quedando reducido a los contenidos básicos.

Lo que se cambia en los ciclos es el marco de ocho años. Estamos proponiendo que la carrera se haga en siete años, y creemos que hay suficientes antecedentes para hacerlo. El planteo es realizarla en dos trienios y un año de internado obligatorio, esto es, un esquema 3, 3 y 1. Sé que hay muchos problemas implícitos en esto. En el Plan 68 no había educación permanente, porque no se había planteado el tema de la constante actualización y la futura recertificación del médico. ¿Ahora vamos a elaborar un producto final, que nunca más se va a tocar? ¿O vamos a elaborar un Plan de Estudios pensado para un profesional que está en permanente evolución? Debemos acortar la carrera y pensar que habrá posgrados y, además, actividades de educación permanente. En esta organización básica mínima estamos planteando dos títulos intermedios. Uno de ellos sería un título que reconocería el primer año de Universidad y sería de bachiller universitario. De ese modo se establece que un estudiante que aprobó el primer año está en condiciones de ser universitario. Eso debería implicar una movilidad horizontal en cualquier rama de la Universidad para que el estudiante, luego de haber aprobado el primer año, pudiera cambiar de carrera sin necesidad de volver a etapas preuniversitarias. El primer año de la Universidad siempre es difícil, y es donde hay más fracasos, interrupciones, entropía, etc. Eso sucede en toda la Universidad y no solo en la Facultad de Medicina. Por eso, el estudiante que fue capaz de sortear ese año con éxito debe ser reconocido en esa capacidad.

El otro título intermedio que se propone es el de practicante. Se trata de reconocer una situación que se viene dando en los hechos desde tiempo inmemorial. Sin embargo, la calidad de practicante es un atributo del Ministerio de Salud Pública pero nunca fue reconocido por la Facultad de Medicina. Practicante es una palabra que todo el mundo conoce, que está en el Ministerio, en la organización asistencial, en las IAMC pero no en la Academia. La Academia nunca quiso reconocer "eso" del practicante, porque aquí lo que se da es el título de doctor en medicina y el que quiera ser practicante que vaya al Ministerio de Salud Pública y pida un papelito, pero nosotros no damos ese papel. De lo que se trata es de reconocer el título de practicante, manteniendo las características temporales, esto es, haber aprobado todos los requerimientos curriculares de los primeros cuatro años. O sea que tenemos el esquema de 3, 3 y 1, pero luego del primer trienio y del primer año del segundo hay una salida, que es el practicante. Hay varios argumentos sobre la necesidad de otorgar este título sobre algo que ha sido reconocido en todos lados. Hoy, al entrar a la Facultad, vi un cartel de un Congreso de Practicantes. Desde el punto de vista académico sería un concurso de seres que no existen, de fantasmas. Sin embargo, se trata de estudiantes de esta Facultad que están trabajando y haciendo cosas, mientras la Facultad sigue de espaldas. Me extiendo en esto porque hay una pasión que me lleva a plantear estos temas.

Hay otros temas que se discutieron en la Comisión pero, si dan mucho trabajo, no los incluyamos en el cuántum. Me refiero a las equivalencias, como por ejemplo que el título de practicante equivalga al de licenciado, el de médico al de magister y el de posgrado al de doctor. Hacer estas equivalencias, que nos pondrían en consonancia con el



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA**

5

resto de la Universidad, quizá sea demasiado violento. Tomémonos más tiempo.

Entrando más en el esquema 3, 3 y 1, hay algo que deberíamos resolver en los próximos quince o veinte días. Me refiero a generar en el primer trienio un ciclo introductorio de un semestre. No lo voy a llamar ciclo básico porque de esos hay como diez. El Ciclo Básico fue generado por el Plan 68, donde hubo una práctica que fue como un segundo Ciclo Básico. Al reimplantar el Plan hubo un nuevo Ciclo Básico, que no era el del Plan 68. Finalmente, se terminó con un Ciclo Básico mutilado que es el actual, que tiene muy poco de Ciclo Básico. Para evitar esos problemas semánticos, creamos un ciclo introductorio de un semestre.

Tal como pedía la Comisión de Plan de Estudios anterior, se mantiene la estructura del Plan 68, con un Ciclo introductorio. Luego, dos años que correspondían al Ciclo de Estructuras y Funciones Normales, y para cierre del trienio un ciclo de un semestre que el Plan 68 llamaba de Metodología Científica. De todas formas, no deberíamos quedarnos en los nombres sino pensarlos en forma estructurada. Un trienio está centrado en la medicina preventiva y otro, correspondiente al ciclo de Estructuras y Funciones Normales, pensado como un ciclo clínico básico. Esto es, la clínica del hombre normal, implica la estructura y l función normal, pero en el contexto de la clínica. Esa clínica se estudia en el aula, en el laboratorio de destrezas, con la semiología y eventualmente con pasantías por el primer nivel de atención. Está pensado para aprender la clínica completa del hombre normal en el laboratorio y también con trabajo en la periferia.

Lo que pedimos es que el Claustro trabaje y resuelva en poco tiempo. Hay miles de aspectos que quedan sin explicar. Lo que no está dicho, cada uno lo pensará a su manera, y bienvenido sea eso. Probablemente el lenguaje del documento resulte un poco abstracto y algunas cosas sean muy elusivas. ¿Cómo se va a estudiar eso? No lo sé, pero lo que necesitamos ahora es esta plataforma. Si vamos a aplicar el Plan el año que viene, ya debería haber un grupo trabajando en el ciclo introductorio, que empezaría en marzo. Si vamos a realizar un esfuerzo de movilización de estudiantes hacia el nivel comunitario, necesitamos una logística clara. Eso debe hacerse para lograr un ciclo introductorio que dé al estudiante la noción de salud y enfermedad en el terreno, no en forma de clases teóricas. Debemos movilizar no solo a la Facultad de Medicina sino también al Ministerio de Salud Pública y a todos los grupos que estén trabajando en esto. Lo que quiero es que el tema se empiece a trabajar desde ya, y para ello necesitamos el cuántum. No podemos seguir en la calistenia.

SEÑORA KEMAYD.- Me congratulo de escuchar al profesor Carbajal. Cuando él se refirió al aprendizaje de la clínica del hombre normal, presupongo que refiere al ser humano, desde su gestación y pasando por todas las etapas. No se trata exclusivamente del adulto. Eso debe quedar claro.

SEÑOR CARBAJAL.- Para eso utilizo una palabra que ha dado tanto escozor que ni siquiera la pronuncié en el día de hoy. Yo llamé a estos dos años clínica propedéutica, y se describe como anamnesis y exploración física instrumental de personas presuntamente normales, en todas las etapas del ciclo vital. Porque podría darse el caso de que si alguien es hipertenso ya no se lo considerara. A veces se llega a esas cosas cuando se elaboran planes de enseñanza.

SEÑORA KEMAYD.- Se habla de todas las etapas del ciclo vital individual. ¿Y el familiar?

SEÑOR CARBAJAL.- Perfecto, piénselo usted. Todo lo que no está dicho en el documento se puede agregar.

La descripción del ciclo plantea la integración básico clínica en el marco ético de la relación médico paciente. O sea que las básicas y las clínicas se proyectan en un escenario que es la ética. El principal escenario será el laboratorio de destrezas. En paralelo se desarrollarán actividades de promoción de salud y preventivas en el primer nivel de atención y de primeros auxilios en Servicios de Emergencia. De ahí el estudiante traerá los insumos y conciliará el básico con el clínico para entender la estructura y las funciones normales. De todas formas, el marcapaso de esto es la clínica del hombre normal y la medicina preventiva. Por lo tanto, ese practicante que proponemos será un practicante de la salud, de la medicina preventiva. Va a realizar la clínica del hombre normal, estudiará los factores de riesgo y será un promotor de salud.

SEÑORA FOREN LOTUFFO.- Algunos integrantes de la Comisión de Plan de Estudios interpretaron que en el documento faltaba definir cosas más concretas en cuanto a lo programático. Entendían que todo esto tenía más que ver con la estructura del Plan de Estudios. Cada área veía de qué manera, en ese marco general, adaptaría esa estructura de criterios generales. Esa fue una de las diferencias más importantes que surgieron en el seno de la Comisión. Se planteó que había que definir más claramente dónde estaban las distintas materias, y otro grupo dijo que era un documento más general, que lo demás sería otra etapa de discusión. La diferencia más grande está dada en la precisión de los ciclos.

SEÑORA CANDREVA.- Nos parece esencial que figure claramente dónde se van a impartir los conocimientos básicos. La enseñanza básica es muy necesaria, sobre todo en este momento en que el estudiante viene con tan mala formación de Secundaria. Es importantísimo que esté especificado dónde se va a dar esa enseñanza y bajo qué nombres. Aunque no necesariamente se tiene que llamar Ciclo de Estructuras y Funciones Normales, debe haber un período donde se atienda esa formación, partiendo de la célula como unidad y continuando en lo que actualmente es el ESFUNO. Aunque la biología celular tenga que verse a lo largo de toda la carrera, debe haber un curso introductorio, sobre todo a la luz de los conocimientos actuales.

SEÑORA FOREN LOTUFFO.- Tal como se dijo, habría que comenzar a filtrar la información y jerarquizar conceptos, porque si abarcáramos todo, con lo que ha avanzado la ciencia, tendríamos una carrera mucho más larga que la actual. Por otro lado, está bien incluir las básicas pero estas, a lo largo de la carrera, deberán ir integrándose. Por ejemplo en Pediatría, cuando se ven enfermedades genéticas y trastornos del metabolismo hay que volver a las básicas porque el estudiante no recuerda nada de eso. Por eso a lo largo de la carrera empiezan a aparecer esas cosas que nos parecían tan teóricas y no debe perderse el contacto de las básicas con las clínicas.

SEÑOR KETZOIÁN.- Quiero hacer referencia a la situación en la que estamos ahora y hacia dónde queremos ir, tomando en cuenta la experiencia de los años anteriores y lo que ha sucedido con el Plan 68.

En cuanto a la filosofía del Plan 68, en esta propuesta no hay grandes modificaciones. Su visión del hombre, los contenidos vinculados con lo psicológico, lo biológico, lo epidemiológico y lo social han sido tenidos en cuenta y se pueden ejecutar perfectamente bien. Además, esa estructura con un período inicial y los dos trienios se "corresponderían" -entre comillas- con lo que es el Ciclo Básico y el ESFUNO, así como el CICLIPA. El CIMI y el CEFA actuales no aparecen, aunque hubo varias propuestas de incorporar la semiología en el CICLIPA o de redistribuirla. O sea que tampoco ahí hay una innovación que choque con lo anterior. Lo que sí no se hizo, a pesar de que estaba



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA**

7

contemplado en el Plan anterior, es el ciclo de metodología que todo el mundo reclama. Me quedan dudas de si ese ciclo debe estar donde se propone o si puede ser extendido a lo largo del primer trienio. Eso es algo que se podría pensar.

Lo que me preocupa es que el enfoque de esta propuesta implica, dada la reducción y traslación de contenidos desde el CICLIPA a todo lo largo de la carrera, una fuerte integración básico clínica. Y nuestra experiencia muestra que las integraciones se han dado con grandes traumatismos, tan grandes que ni siquiera se ha logrado esa integración. Los docentes que trabajan en las básicas tienen un ciclo para coordinar con anatomía, fisiología y embriología, y no ha sido fácil, a tal punto que eso ha terminado desestructurando las unidades. A nivel de las clínicas, los famosos ateneos médico quirúrgicos en algunos casos se han hecho y en otros se dejaron de lado por muchas dificultades. Cada persona se tiene más segura instalada en su propia "chacra" y está acostumbrada a trabajar así. Ahí nos enfrentamos con la gran contradicción entre la docencia basada en ciclos y una Facultad estructurada en cátedras y departamentos. La gran amenaza que pende sobre esto es la misma que hizo fracasar el Plan 68 en algunos aspectos. El hecho de que estemos desde hace tantos años discutiendo y no hayan surgido propuestas, y ahora tengamos una con estas características, apunta a que en esencia estamos todos de acuerdo con lo que queremos. El problema es cuándo lo vamos a ejecutar.

Comparto esta propuesta, más allá de aspectos puntuales que valdría la pena precisar. El desafío es establecer mecanismos para asegurar que se pueda llevar a la práctica, para que haya una difusión política en la Institución favoreciendo la ejecución de este Plan. Por ejemplo, el fortalecimiento del Departamento de Comunidad es un punto clave y en eso la Facultad está ya en camino. Será fundamental que haya instancias en donde los actores se sienten a trabajar juntos y a elaborar cómo ejecutar esto, tratando de favorecer las ideas madre que están detrás de esto. El problema es que para mí va a ser traumático si alguien me dice que no importa que el estudiante aprenda el chip cuadrado. Un bioquímico, un histólogo, un genetista o cualquier otra persona va a sentir que cada cosa que enseña es irrenunciable, pero de alguna manera vamos a tener que transar, viendo cuáles son las cosas que más importan para luego acordar y renunciar a algunas que hoy por hoy consideramos intocables. Honestamente es a eso a lo que le tengo más temor y veo como el mayor riesgo.

En la Facultad se pide a gritos que la carrera se acorte, que se adecuen los contenidos, que haya integración, que se favorezcan las interfases dentro de cada uno de los ciclos y también la integración básico clínica. Sin embargo, cuando vamos a ejecutar esas cosas aparecen los inconvenientes.

Coincido con esta propuesta y plantearé cambios cuando la discutamos en detalle. Me preocupa fundamentalmente su instrumentación y ejecución. Quizá no compete al Claustro ponerse a discutir eso pero deberá tenerlo en cuenta, porque va a ser un obstáculo.

SEÑOR MARTÍNEZ.- Me parece excelente lo del título intermedio de bachiller universitario, pero es muy difícil proyectarlo sin que el resto de las Facultades estén de acuerdo. Si un estudiante que tiene el primer año de Medicina aprobado quiere pasar luego a estudiar Derecho, no creo que la Facultad de Derecho esté muy de acuerdo. Hay que instrumentar eso para que funcione.

En cuanto al título de practicante, tiene que quedar muy claro a quién la Facultad de Medicina va a otorgárselo. Lo digo por el hecho de cómo funcionan los practicantes actualmente. Si se quiere cambiar el perfil para que pase a ser un promotor en salud, me parece excelente, pero eso tiene que quedar escrito. Fui con un papel al Ministerio de Salud Pública, me lo sellaron, me hicieron pagar \$ 300 y me dijeron que estaba habilitado para

inyectar medicamentos, aunque no lo había hecho nunca porque eso es algo que realiza el personal de Enfermería. Cuando se va a dar un título intermedio hay que tener la responsabilidad de exigir a la persona habilidades mínimas indispensables, de la misma forma que se exige al médico una serie de destrezas que la persona demostró tener al momento de lograr su título.

Estoy totalmente de acuerdo con lo que planteó el doctor Ketzoian y voy a plantear algo que no es para discutir ahora. Seguramente parezca que estoy tirando la piedra y escondiendo la mano pero no es así. Cuando yo tiro la piedra jamás escondo la mano. Actualmente la enseñanza en la Facultad es modular. Cada uno da sus clases y el estudiante va pasando y aprobando una serie de módulos. Por lo tanto, en la práctica es muy difícil que la integración se dé en la práctica. No soy experto en educación médica -he leído poco sobre ese tema- pero entiendo que el pasaje de un modelo modular a otro de integración es difícil pero no imposible, y creo que hay que hacerlo. Por ejemplo, en Anatomía estamos integrados con los histólogos en un curso de embriología. En ese curso el docente de embriología es quien lleva la batuta de la clase y el anatomista aporta las desviaciones del desarrollo normal y las variantes anatómicas que puede generar, o cómo se mide el desarrollo embriológico en el ser humano. Según mi experiencia particular, eso fue una especie de módulo y no una integración verdadera, porque el histólogo dio su parte y yo la mía.

Aquí hay que dejar de defender cada uno su "chacra", para utilizar una palabra del doctor Ketzoian. No estamos enseñando anatomía a seres abstractos sino a gente que se está formando para ser médico. El Claustro puede tomar algunas decisiones y otras no. Hay que dar participación a los profesores de cada uno de los Departamentos para ver qué contenido ellos consideran indispensables que debería saber un médico, para así meterlos dentro del Plan de Estudios. Pero me parece que ninguno de los profesores de las clínicas, ya sean de materias básicas o de materias clínicas, puede quedar de lado en esas decisiones.

Hay otro aspecto que va en contra de la integración. Soy anatomista y puedo dar la clase con un histólogo con mucho gusto, pero repetirla tres veces es muy cansador. Mucha gente puede ver eso como una pérdida de tiempo. Es un tema que no se discute porque genera mucho escozor. Tenemos muchos estudiantes y eso va a ser un obstáculo para la implementación de un Plan de este tipo. Es un tema sobre el que nadie le gusta hablar pero en los pasillos lo oímos y yo lo percibo así. Soy una persona cuando enseño a cuatro estudiantes. En las rotaciones de estudiantes en el Ciclo Básico los cuatro que me tocaron a mí terminaron publicando un trabajo en México porque hicimos producir ciencia en el tiempo en el cual me siguieron. Hacer eso con veinticinco personas es imposible, y ni que hablar con cuarenta estudiantes.

La integración va a ser aun más difícil con el número de estudiantes que tiene la Facultad. Con esto no me quiero ganar la enemistad de nadie. Simplemente estoy diciendo lo que pienso. No planteo que como ya entré y me recibí hay que cerrar las puertas, pero estamos ante una realidad que nos cuesta reconocer y que irá en contra de la aplicación de un nuevo Plan de Estudios. Además, si acertamos la carrera, ¿los contenidos que enseñamos se van a comprimir? Lo mejor es que el estudiante esté más tiempo en la Facultad. En Brasil se empieza a las 8 de la mañana hasta las 4 de la tarde. En nuestra Facultad de Medicina no se puede ni pensar que haya tres turnos de seis u ocho horas cada uno.

SEÑORA FOREN LOTUFFO.- Estoy de acuerdo con que la integración es fundamental, pero no debemos olvidar que el cambio del sistema de salud también implica un cambio en



el trabajo interdisciplinario y de equipo. Eso pasa por un cambio de mentalidad de todos, y si cada uno no aporta un poco será muy difícil de implementar. Todo esto tiende a un trabajo interdisciplinario, que integre todas las disciplinas, y no multidisciplinario, y es algo que llevará mucho tiempo.

En cuanto a lo que dijo el doctor Ketzoian con respecto a que las materias básicas deberán renunciar a algunos aspectos, eso también sucederá con las clínicas, donde habrá que acotar ciertas áreas. Por ejemplo, en lo que hace a pediatría, un médico que egresa de la Facultad de Medicina debe poder reconocer un síndrome de dificultad respiratoria de un lactante pero no tiene por qué saber los errores congénitos del metabolismo, salvo que se especialice en pediatría. No es lógico que a un estudiante de pediatría se le haga hincapié en una patología que no es de las más frecuentes. Alguien contó que un estudiante que daba Clínica Quirúrgica conocía perfectamente la clasificación de un carcinoma de colon pero no sabía tratar un forúnculo. No puede suceder que un egresado de la Facultad de Medicina no sepa tratar un adenoflemón o una angina pultácea. Sacrificar contenidos pasa por todas las áreas, por las básicas y por las clínicas.

SEÑOR FERREIRA.- Me gusta mucho el planteo que hace la Comisión de Plan de Estudios sobre una carrera de siete años y sobre el título de practicante. Hace tiempo que venimos trabajando en este tema y viendo la manera de ampliar la formación que supuestamente debe tener el estudiante y que la Facultad no le da.

Otra cosa que queríamos plantear en el Claustro era lo del título intermedio, por la importancia que tiene y todo lo que implica a nivel de la Facultad. Además, hay un montón de Comisiones que indirectamente apuntan a ese tema. En la Comisión de Sistema Nacional de Salud podemos hablar de lo que se conoce como el practicante comunitario. En la Comisión de Plan de Estudios habría que ver qué hay que incluir en la currícula para llevar adelante esto. Se trata de un montón de asuntos que debemos discutir en el Claustro y resolver, y los que estamos en las distintas Comisiones podemos contribuir a eso. Tenemos una propuesta escrita que la podemos presentar, ya que abarca varios aspectos del tema del practicante como la parte legal, etc. A ese título se lo puede llamar licenciatura o como sea, pero debe ser reconocido. Debemos recuperar el rol del practicante, y discrepo cuando se dice que todo el mundo sabe qué es. Sabemos qué es un practicante los que estamos en el ambiente, pero por fuera nos quedan mirando sin saber de qué hablamos. Eso es algo que hay que recuperar.

SEÑOR GARCÍA.- La idea fue traer al Claustro los lineamientos de esa propuesta. En la sociedad se conoce como practicante al estudiante que cursó varios años de la carrera de medicina. No es ni un médico ni un interno; es el practicante. En lo que hace al futuro sistema nacional de salud, es importante fijar en el Plan de Estudios las habilidades y destrezas que necesita un practicante comunitario. Otro elemento que discutimos fue la forma en que se obtendría este título. Podría hacerse tal como es ahora, a través del Ministerio de Salud Pública, o a través de un sistema de créditos, pero eso es algo que deberíamos conversar más.

SEÑORA PRESIDENTA.- Sería importante que la Comisión de Plan de Estudios tuviera esos insumos.

SEÑOR GARCÍA.- Nuestra idea era traer la propuesta al plenario para que conociera el material. Además, consideramos que es un material que no solo refiere al trabajo de la Comisión de Plan de Estudios sino que las demás tienen que participar de este proceso.

SEÑOR RÍOS.- Soy integrante de la Comisión de Plan de Estudios. Es de conocimiento de

todos que el Plan de Estudios es una de mis preocupaciones desde hace tiempo. Si entiendo la voluntad de los distintos claustros, parecería que este es el año en el que vamos a presentar la propuesta del nuevo Plan de Estudios. Si comparamos lo hecho hasta ahora con la discusión que se dio en el Claustro anterior veremos que se quemaron etapas rápidamente. De todas maneras, sigo viendo la dificultad de cómo tomar el tema para poder organizar la propuesta.

En algún momento el profesor Carbajal manifestó que no quería que fuera "la propuesta Carbajal". Aquí se ha dicho que la propuesta del nuevo Plan de Estudios debe salir del propio Claustro, generada colectivamente por este Cuerpo. De todas formas, debemos evitar que nos pase como a los niños, que se juntan para jugar y pasan horas elaborando el reglamento del juego, por lo que se les pasa la mañana y finalmente el juego dura quince minutos. Mi gran preocupación es cómo vamos a elaborar el juego, cómo nos vamos a entender para realizar la propuesta. Por eso he insistido en la Comisión y en la Mesa en que los Órdenes juegan un papel fundamental. Debemos ver cómo consideramos la propuesta en sí pero también un capítulo anterior, que son los considerandos y el porqué de la misma.

Lo del número de estudiantes es una preocupación de todos los niveles de la Facultad de Medicina. Es un tema previo a la elaboración de este documento mágico con la división en ciclos, los contenidos y la duración en años, sobre el que hay que ponerse de acuerdo. En el resumen del trabajo realizado el año anterior mencioné que cuando se comenzó a tratar el tema del número de estudiantes nosotros fuimos a preguntar a la Universidad de la República qué postura tenía con respecto al ingreso de los uruguayos a la Universidad. Existe una resolución de estrategia, tomada en el año 2000 y ratificada en el 2005, planteando que la Universidad de la República es una Universidad abierta, con las características que todos conocemos: una Universidad en la que entran todos, nosotros los viejos y también los jóvenes. Es la Universidad del país.

El ingreso a la carrera de Doctor en Medicina ha tenido cierta aceleración, y oscila entre 900 y 1.100 estudiantes. Cuando hablamos de un Plan de Estudios debemos pensarlo para ese ingreso. Por lo tanto, me parece que este tema no está en discusión porque no es operativo. Para limitar el ingreso a la Facultad deberíamos trasladar el tema al Consejo Directivo Central y ahí se entraría a una discusión que viene desde hace muchos años en la Universidad, en la que predomina el criterio de Universidad abierta. Personalmente estoy de acuerdo con él por una infinidad de razones, ya que considero que la democratización de la enseñanza debe llegar por esa vía. Crear otra oferta no es el mejor camino para lograrlo. Los países que han aguantado el embate de la globalización y se han desarrollado lo han logrado porque tienen gente preparada, ya que la población universitaria es mucho más alta que la que tiene Uruguay. Para resistir el futuro e integrarse como país pequeño que somos debemos tener una gran población universitaria de los hijos de los uruguayos. Para mí es claro que esta propuesta debe inscribirse en un plan estratégico.

Con esto no estoy obviando la discusión sino que es un elemento práctico sobre cómo llevar adelante el Plan de Estudios. Después se verá cómo adaptamos cada ciclo de acuerdo al número de estudiantes. Pero desde el punto de vista conceptual ese tema no está en discusión, ya que vamos a sacar adelante un Plan de Estudios de acuerdo a las concepciones de la Universidad actual.

Otro aspecto que avala esa idea es que desde 1968 no hemos tenido un nuevo Plan de Estudios. Luego de la salida democrática prácticamente todas las Facultades han realizado adaptaciones a sus Planes de Estudios y algunas de ellas, desde el año 2000, ya



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA**

11

tienen nuevos Planes. O sea que han adaptado su currícula a los cambios que se producen afuera o dentro de cada una de sus disciplinas. Desde 1968 en adelante hay una cantidad de contenidos que debemos agregar y otros que hay que modificar. Por eso hablo de la importancia de los Órdenes. Hay muchos aspectos que en el Orden de Egresado los vemos de afuera, y los contenidos deben ser discutidos por los estudiantes y los docentes. Los docentes tienen la responsabilidad de la formación integral de los estudiantes, y estos últimos son el elemento activo de la enseñanza. Donde más podemos insistir los egresados, porque consideramos que es una gran estrategia, es en la enseñanza en la comunidad para que la formación de los recursos humanos en salud no se dé solo en los hospitales sino en el seno de la comunidad. Sin embargo, hay una cantidad de aspectos vinculados a los contenidos en otras partes de la carrera, como estructuras y funciones normales, el CIMI, el CEFA, el CICLIPA, etc. donde los grandes protagonistas serán los estudiantes y los docentes.

Vamos a trabajar para traer, de acuerdo al criterio del Orden de Egresados, los elementos más importantes sobre por qué debe hacerse un cambio en el Plan de Estudios. Así como el profesor Carbajal hizo el esfuerzo de escribir este documento, también nosotros deberemos redactar uno para contribuir a elaborar la propuesta de cambio. También deberemos traer una propuesta en los aspectos más generales. Adelanto que estamos de acuerdo en que el Plan de Estudios se siga haciendo en ciclos. Habrá que profundizar en el tema de la modificación de la cantidad de años y serán ustedes los que tengan la última palabra. También estoy de acuerdo en que la carrera culmine con un ciclo de internado obligatorio, que no debe tener exámenes. Estos se dan en la carrera curricular y el internado sirve a la persona para empezar a trabajar. En cuanto al título de practicante, hemos vivido el tema del practicante eterno y nos parece que es algo nocivo para todos. Es gente que quedó trabajando como practicante y es lógico que lo defienda pero en un lugar con tanta oferta de mano de obra no sé si el período de practicante no debería tener un tiempo limitado.

Por otro lado, hemos visto que en la Facultad hay gente que desde temprano empieza a trabajar en proyectos de investigación y debe realizar un largo camino para recibirse. Habría que buscar un doctorado en investigación, como una manera de finalizar la carrera. Hay que ver en la Comisión y en la Mesa cómo podemos traer los temas para avanzar. Para ello debemos traer escrito en blanco y negro las posturas de los Órdenes y ver si a fines de agosto podemos discutir una postura general y elaborar la propuesta que se enviaría a los Servicios. En la entrevista el señor Decano manifestó claramente que estaba dispuesto a reenviar este tema y solicitar la opinión de todos los Servicios para así obtener respuestas rápidas. De ese modo podríamos finalizar la propuesta en el correr de este año y enviarla al Consejo.

SEÑORA ALGORTA.- La Facultad ya tiene, para esos estudiantes de medicina que no se quieren recibir de médicos, la Licenciatura en Biología Humana. Se inicia en la Facultad de Medicina y luego, si el estudiante resuelve hacer una investigación que no necesite el título de médico, puede obtener un título de pregrado como Licenciado en Biología Humana, que le permitirá realizar maestrías y doctorados en las áreas básicas. Es un título intermedio de la Universidad.

SEÑOR CARBAJAL.- Algunos temas que se han planteado son problemas mayores. Uno es el de la masividad. Lo llamo así para que se vea que tiro la piedra y muestro la mano. Debemos crear la pedagogía de la masividad, ya que tenemos por delante un desafío pedagógico: no cómo enseñar a 14 alumnos sino cómo enseñar a 1.000. ¿Está demostrado que eso es imposible? ¿Quién dijo eso? Tenemos un modelo de trabajo que siempre depende de cosas que vemos y oímos en otros lados. Creemos nuestra propia pedagogía. Eso se puede hacer si sabemos administrar bien los recursos. Debemos estudiar el tema, ya

que no es algo gratuito que podamos inventar porque somos "iluminados". En cualquier Plan de Estudios, esto deberá ser un tema central. Yo lo llamo la pedagogía de la masividad. Es un tema que se trabaja en la Comisión Sectorial de Enseñanza, aunque un poco más eufemísticamente. Allí le llaman "numerosidad". De todas maneras, es un tema central de pedagogía universitaria, no solo de la Facultad de Medicina. Es un tema inespecífico que no se incluye en la plataforma.

Otro asunto que debe considerar cualquier Plan de Estudios es el nivel con que el estudiante ingresa a la Facultad de Medicina. Vamos a tener que inventar recursos de nivelación para trabajar el tema como un aspecto específico de la formación médica. Ello implica expresión oral y escrita, manejo de herramientas informáticas, lectura de trabajos científicos, búsqueda de bibliografía en Internet, etc. Estos son elementos básicos que no los vamos a poner en el Plan de Estudios, como tampoco pondríamos Idioma Español, porque no sabríamos qué hacer.

El doctor Ketzoián se refería a la metodología científica, cuyo primer contacto está en el ciclo de introducción. Se supone que un estudiante en la comunidad está trabajando en un lugar donde hay algún plan de salud. Entonces, tenemos que buscar la forma de que este ciclo introductorio engrane en actividades de investigación. Me refiero a programas de investigación que tienen que ver con procesos, locales, desarrollo, etc. Ese ciclo se retoma en el cierre, en lo que se llama metodología médica, que va a englobar no solo la metodología científica sino también el método clínico. Actualmente, en el cierre está la mal llamada medicina de la evidencia. Aquí se propone la lectura de trabajos científicos, que eventualmente habrá que ver cómo se eligen. Decimos que allí está el método clínico porque durante dos años el estudiante estuvo haciendo la clínica del hombre normal. Entonces, aquí el método clínico no es algo aberrante y extemporáneo, sino que es la continuación natural de dos años de trabajo en la clínica del hombre normal.

Cuando hago esta propuesta estoy pensando en que el ciclo introductorio es un primer semestre, y que el ciclo de metodología científica es un segundo semestre. La propuesta es que el mismo equipo docente que recibe al estudiante en el ciclo introductorio lo continúe, en la segunda mitad del año, con el ciclo de metodología científica. De pronto se trabajan los mismos temas. Las posibilidades de continuidad van a ser infinitas, por lo que va a haber que buscar la forma de llevarlo a la práctica. Como luego del ciclo introductorio se seguirá trabajando en la comunidad, el cierre va a tener el mismo equipo docente. Esto tiene que tener, además, un componente creativo. No se trata solo de la lectura de trabajos científicos sino también del acceso directo a fuentes de información, por ejemplo, sobre historia de la medicina. Yo pondría, en primer lugar, la lectura de las obras de Galeno y de Hipócrates, porque toda la historia en su devenir y en su actualidad está en el ciclo de metodología científica, pero en una forma abierta y creativa. Aquí tenemos que inventar y dejar que el estudiante produzca. Nuestro Plan 68 está lleno de ejemplos de que cuando los estudiantes se enfrentan a un tema son mucho más creativos que cualquiera de nosotros, y hacen cosas que nos dejan perplejos. No puede haber nada en metodología científica que en algún momento no tenga sabiduría de chip cuadrado.

En cuanto al sistema de créditos, personalmente no lo conocía pero toda esta propuesta vamos a tener que traducirla más tarde a esa unidad. Los créditos universitarios empiezan a ser un código y un lenguaje común a todos los Planes de Estudios. Volviendo al tema que planteaba el doctor Ríos, esta es una hipótesis de trabajo que no puede esperar. Los Órdenes tendrán que ver qué es lo mínimo con lo cual se puede arrancar, por lo que en la próxima reunión deberían exponer en qué puntos han llegado a acuerdos. Estamos en una etapa de hipótesis de trabajo, por lo que no es el momento de divulgarlo. Se trata de un



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA**

13

documento interno sobre el que tenemos que trabajar, pero con el primer producto ya tendremos que empezar a dar cuenta de que estamos rindiendo frutos. No sé si dentro de tres meses vamos a tener quórum si seguimos discutiendo los temas más generales. Debemos lograr un producto. No podemos seguir discutiendo lo que se habló en el 96 o en el 97, o elaborando proyectos que están dormidos desde hace diez años. Hagamos el esfuerzo y veamos qué cosas de estas se pueden aprobar en el próximo Claustro.

SEÑORA CANDREVA.- De acuerdo a cómo el profesor Carbajal lo acaba de describir, parecería que el ciclo de metodología científica se haría a través de los estudiantes en la comunidad. Quiero hacer hincapié en que eso se puede hacer también en el laboratorio.

SEÑOR CARBAJAL.- Por supuesto, puede hacerse un diseño experimental con cobayos.

SEÑOR RODRÍGUEZ.- No me parece que haya cosas tácitas que no haya que discutir. Yo me crié en esta Universidad discutiendo y el primer elemento que debemos considerar es la viabilidad de la relación entre los recursos y las posibilidades para enseñar. No se me ocurre que alguien pueda pensar en un Plan de Estudios cuando tiene que dar la misma clase tres o cuatro veces en el día, donde no hay papel higiénico, donde los estudiantes no tienen dónde sentarse, con salones que se llueven y sin el material imprescindible. Esos son temas que debemos pensar antes, aunque nos cueste discutirlos porque la vorágine nos lleva.

Además, quiero recordar que la relación entre el ingreso y el egreso es aterradora. Eso lo sabemos todos, ya que es la realidad. Esta no es una Universidad abierta. También quiero recordar que la Facultad de Medicina tiene 21 carreras: la de Doctor en Medicina, las 18 de la Escuela de Tecnología Médica, la de la Escuela de Nutrición y la de la Escuela de Parteras. La figura del practicante se ha ido desdibujando porque se la está contraponiendo al juego de otros trabajadores de la salud. En el nuevo sistema de salud esta figura tiene poca viabilidad porque hay otros trabajadores de la salud que se dedican a eso y no me parece que la Facultad de Medicina vaya a formar practicantes que se irán anquilosando, debido a cuestiones económicas vinculadas con el hecho de poder vivir en este país. La realidad es que este profesional ingresó a la Facultad para formarse como médico y no como practicante. ¿Acaso vamos a hacer una carrera más?

Es básico discutir estas cosas. Seguramente tendremos discrepancias importantes pero en el intercambio de datos es que podremos ver cómo salir de esto. Sin duda la Universidad está aceptando ingresos que no puede manejar. Eso no es culpa de los estudiantes, de los docentes ni de los egresados. La racionalización de los recursos es algo fundamental para poder enseñar en forma, ya que está egresando gente que no puede trabajar debido a que no tuvo posibilidades mínimas de recorrer los aspectos clínicos que estamos planteando. No saben adónde tienen que ir, cuántos enfermos podrán ver o quién es su docente. Quizá parezca dramático pero es algo que vivo todos los días y me angustia mucho.

Por otro lado, hay áreas que ya tienen limitaciones, porque se calculan en función de la inserción del profesional. Estaríamos mintiendo a los muchachos si les dijéramos que todos los que ingresan van a tener trabajo porque eso no es cierto y todos lo sabemos. Tampoco es normal que alguien esté veinte años transitando por la Facultad, ocupando espacios, cuando no logró cumplir la mínima etapa curricular. Seguimos gastando recursos, esa gente no termina de egresar y tenemos montones de estudiantes. Quizá lo que digo es simplista pero es una realidad. No se me ocurre cómo podemos encarar esto. De repente habrá que salir a pelear nuevamente por un presupuesto justo. Estoy formado de tal manera que no puedo pensar en un nuevo Plan de Estudios si no sé qué recursos voy a tener para

aplicarlo. A mis hijos les enseñé que no aspiraran a más de lo que pueden hacer y si no saben qué hacer, quédense quietos para ver qué pasa.

SEÑOR POLAKOF.- En principio estamos totalmente de acuerdo con lo que dijo el doctor Ríos. Creemos en una Universidad abierta, para todos los uruguayos. Sabemos que la realidad de hoy no demuestra eso pero necesitamos una Universidad con libre ingreso y egreso, que las trabas no estén al principio ni al final de la carrera.

También estamos de acuerdo con lo que planteó el doctor Carbajal en cuanto a que la carrera debe tener sí o sí un ciclo introductorio. Luego habrá otros ciclos básicos y clínicos integrados, con una fuerte inserción del estudiante en la comunidad. También debe existir un internado obligatorio. Quizá no está escrito en el Plan pero es verdad que la metodología científica debe estar presente a lo largo de toda la carrera. No puede ser que se vea solamente al principio. De pronto no es necesario todo un curso sobre eso pero es un tema que debe estar presente en toda la carrera, porque un médico tiene que ser un científico y no un técnico, como a veces sentimos que nos estamos formando. Me refiero a gente que lee y aplica lo leído, pero que es incapaz de generar algo más a partir de eso.

Otra cosa con la que estamos muy de acuerdo es con el tema de la ética, porque es algo esencial para todo ser humano. Hay distintas etapas. En el primer momento de la carrera, entre los estudiantes y la comunidad se requiere una ética. Cuando empezamos a tratar con pacientes deberemos manejar otros aspectos éticos, y finalmente otros cuando debamos insertarnos en un grupo de trabajo. La Universidad no va a formar solo un médico sino un ciudadano, una persona integral, preocupada por cosas que no solo influyen en su profesión sino también en la realidad social.

Por otro lado está el rol activo del estudiante. Necesitamos un Plan de Estudios que fomente la creatividad del estudiante y su capacidad de generar cosas, discutir y autocuestionarse, para que cuando se reciba sea un médico que quiera progresar. No queremos un médico que viva el resto de su vida con su título y no haga nada más.

Estamos muy de acuerdo con el título de bachiller universitario, pero hasta que toda la Universidad no decida instrumentarlo no va a funcionar como tal. También estamos de acuerdo en que hay que definir el rol del practicante, porque a veces es la persona que da inyecciones pero también el que atiende el teléfono en el CASMU. Esa definición debe ir en el rumbo de lograr un promotor o educador en salud, y la persona que reciba el título deberá contar con las herramientas necesarias para ejercer su profesión.

El otro tema que no discutimos pero en el que creo no vamos a coincidir es el que planteó el doctor Ríos en cuanto a que el título de practicante deberá otorgarse por determinado tiempo. Si uno estudia y tiene un título, lo va a tener toda la vida. Luego viene el tema de la inserción laboral de ese practicante. Mucha gente se va a recibir de médico y a trabajar de eso. La idea es que todos sigan la carrera, pero quizá otras personas se queden en su trabajo de practicante porque les gusta ese rol de promotor de salud. Puede ser que ese practicante deba realizar una educación continua, que también la tendrá el médico, y que sea evaluado periódicamente, pero ese es otro tema. Sin embargo, el título debe ser algo para toda la vida.

SEÑORA PRESIDENTA.- Tenemos esta propuesta que trabajó parcialmente la Comisión de Plan de Estudios y los aportes hechos en el día de hoy. Ahora la Comisión tiene que seguir trabajando pero también tenemos que trabajar los Órdenes. Es imprescindible que los tres Órdenes tomen una postura sobre lo que se manifestó en el Claustro para tratar de



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA**

15

seguir adelante.

Se levanta la sesión.

(Es la hora 15 y 15)