



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA

1

ASAMBLEA DEL CLAUSTRO
FACULTAD DE MEDICINA

Sesión del día 17 de octubre de 2007

ACTA N° 38

ASISTEN: **Por el orden docente:** Marta ALBERTI, Ema C. CANDREVA, Nora FERNÁNDEZ, Diana DOMÉNECH, Ana María GARCÍA, Carlos DUFRECHOU POGGI, Mariana GÓMEZ, Cecilia FERNÁNDEZ y Julio VIGNOLO BALLESTEROS.

Por el orden de egresados: Daniel SALINAS, Oscar CHAVARRIA VARELA, Silvio RÍOS FERREIRA, Miguel COIRO PAOLETTI y Luis CARBAJAL ARRIAGA.

Por el orden estudiantil: Soledad OLIVERA, Gonzalo FERREIRA, Daiana PAULINO, Valeria TOLOSA, Leonardo POLAKOF, Martín BIASOTTI, Paula FERNÁNDEZ, Luis ALDERETE, Natalia PÉREZ, Eduardo GUIMARAENS y Leticia LASSUS.

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

(Es la hora 13 y 15)

Fallecimiento de la Dra. Myrtha Foren

—Los Órdenes que integramos el Claustro hemos decidido decir algunas palabras en homenaje a Myrtha Foren, para enviar la versión taquigráfica a sus familiares, y a posteriori hacer un minuto de silencio. Por el Orden de Egresados, hará uso de la palabra el Dr. Chavarría; por el Orden Estudiantil, lo hará el bachiller Polakof; y por el Orden Docente, quien les habla.

SEÑOR CHAVARRÍA (Eg.).- Señora Presidenta del Claustro, compañeros y compañeras: queremos recordar a Myrtha Foren, que falleció hace quince días. Myrtha fue Residente de Pediatría, pediatra y actuó en el primer nivel de atención. Cuando recibimos la noticia de su muerte quedamos impactados, abrumados y apenados. Apenados por ella, una mujer joven, con un futuro de vida por delante. Apenados por su familia. Perder a una madre, a una esposa en estas circunstancias trágicas es de una enorme repercusión en el ámbito familiar. Apenados por nosotros, por nuestra Facultad de Medicina. Ella supo integrar la Asamblea del Claustro y nuestra Comisión de Plan de Estudios, donde aprendimos a apreciarla y respetarla por sus intervenciones, por sus convicciones, por sus actitudes siempre de conciliación y por su compromiso con la Facultad. Hoy sentimos un enorme dolor por su desaparición, pero seguramente todos nosotros la llevaremos en nuestro corazón.

SEÑOR POLAKOF (Est.).- Nadie niega la existencia del pasado. Es el pasado quien nos ha enseñado cuál es el comportamiento de los hombres. Es en base a la historia que aprendimos que el presente fue construido por seres anónimos. Llegamos a esta situación gracias a la lucha de clases, al accionar de cada integrante de esta sociedad. No hubo un dios ni un rey que nos trajera al mundo de hoy.

Hay personas que no aceptan muchas de las cosas que hoy existen. Dentro de este grupo hay algunos que no hacen nada y otros que sí. En el primer grupo encontramos a los

que se quedan inmóviles, sin hacer nada, transformándose en espectadores de su entorno y a los que optan por el camino de la destrucción sin siquiera intentar cambiar lo que ya existe. Este último trabajo parece ser difícil. En el segundo grupo se encuentran aquellos que creen que la unidad hace la fuerza y que por medio de la confrontación de ideas, la búsqueda de consensos y el respeto, tanto a las mayorías como a las minorías, llegaremos a un destino que nos permita seguir avanzando.

Hoy queremos recordar el futuro, hacer memoria de lo que cada uno espera para el mañana. Al pensar en el futuro nos es imposible dejar de pensar en nuestra compañera Myrtha, mujer que trabajó junto a nosotros intentando mejorar la atención de la salud y la calidad de vida de la población, desde un lugar poco habitual para los egresados, hoy en día, manteniéndose siempre en la postura de generar acuerdos que permitieran seguir adelante. Pero no debemos olvidar que no trabajó solamente desde la Facultad, sino desde otros tantos lugares defendiendo la idea de un nuevo modelo del sistema de salud y haciendo desde su trabajo lo necesario para caminar en pos de esa idea.

La Asociación de los Estudiantes de Medicina se siente orgullosa de haber podido trabajar junto a ella en la construcción de un futuro sin discriminación, sin violencia, sin diferencias entre humanos, sin clases sociales. Hoy recordamos el futuro porque recordamos a una pediatra, a una madre, a una mujer, a un ser anónimo. ¡Salud, Myrtha!

SEÑORA PRESIDENTA.- El jueves 20 de setiembre del 2007, decía la compañera Myrtha Foren: *“Estoy de acuerdo con lo que se plantea sobre la parte biológica del enfoque, que habría que detallar más, como las enfermedades prevalentes o los factores de riesgo. Los aspectos comunicacionales son fundamentales y es una carencia que hoy por hoy lleva a muchas demandas que hacen a la ética médica. Me refiero a la falta de comunicación con el paciente. Debemos formarnos mucho más en esas destrezas comunicacionales para tener más capacidad de comunicarnos y mejorar la relación médico paciente. Eso se relaciona con la ética a lo largo de toda la carrera. Ahí no hay que recortar nada aunque quizá haya límites que se podrían unir o sintetizar.- Esto no solo tiene que ver con la villa en la periferia sino con el trabajo diario con la población en general. La comunicación abarca la relación médico paciente en toda la escala social. Tiene que ver con los vínculos interpersonales y no solo con un trabajo a nivel periférico. Estuve en una de las jornadas del pediatra joven y allí se sigue hablando de la periferia como la medicina para los pobres. Es algo que me pone mal y por eso debemos cuidar lo comunicacional, porque a través del lenguaje también estamos transmitiendo conceptos. Si no logramos incorporar en nosotros el cambio, mal vamos a poder comprometer al usuario en el cambio de un modelo”.*

“Como de un rayo” diría el poeta. Como de un rayo, al decir de Miguel Hernández, dejamos de ver, de sentir, de compartir lo cotidiano y lo trascendental de Myrtha. Porque, ¿cómo imaginarnos este espacio sin ella, sin sus palabras conciliadoras, sin su mirada que era una tregua, sin su titánico trabajo de hormiga, sin su paso a paso que se hacía camino, sin su día a día que se hizo trayectoria?... ¡Qué difícil es mirar aquí y allá sin encontrarla en cada lugar de esta Casa que también supo ser suya! ¿Cómo evitar el recuerdo de tantos encuentros, como compañera de profesión, de gremio, en fin, de ganas de hacer y de ser?... Y no voy, y tampoco puedo, a hacer un discurso formal sobre las actividades que tuvo Myrtha en estos cuatro años en que se desempeñó como claustrista por el Orden de Egresados, porque el dolor es profundo, el mío y el de ustedes, y solo cabe la reflexión y junto con ella el recuerdo que se resiste a ser recuerdo.

Y surgen las imágenes... la presencia permanente, la participación continua, el



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA**

3

compromiso con la tarea asumida, la discusión, la firmeza de la posición sostenida, la flexibilidad, la conciliación de posiciones, la capacidad de concretar pasos para seguir con uno más adelante...

Myrtha claustrista, no solo comprometida con un nuevo Plan de Estudios sino con una nueva manera de enfocar la docencia, con un objetivo mayor: las bases no solo técnicas sino humanísticas y éticas para una sociedad sana y justa, integrada por individuos con iguales derechos y oportunidades.

Myrtha leyendo el informe de la Comisión de Plan de Estudios una y otra vez. Sus enormes y dulces ojos claros detrás de los lentes. La interrupción y el gesto una y otra vez repetido, los lentes en la punta de la nariz y la mirada bien profunda de asombro o de enojo o de agradecimiento por el aporte. La presencia y la mirada de Myrtha antes y ahora, en este instante y en muchos otros... Quizá faltó con aviso o va a llegar más tarde porque viene de la policlínica y a veces el trabajo se complica y ahí también la responsabilidad es grande.

Myrtha claustrista, egresada de esta Facultad, pediatra... sabe, supo desde el vamos que todo niño tiene derechos que deben ser respetados y que el conocimiento de la familia y de la sociedad en que se desarrolla es imprescindible para la atención. La Residente de Pediatría del Hospital Pereira Rossell comprendió tempranamente que el primer nivel de atención debe ocupar su lugar con mayúscula, y lo defendió con firmeza y con la más amplia de sus sonrisas.

Y como el camino se demuestra andando y la experiencia y el conocimiento se comparten, Myrtha con la experiencia del "tercer día en la comunidad" anticipó conceptualmente y en la práctica la importancia de la docencia de la atención del niño en ese primer nivel de atención tan caro a su vida.

Y sí, hoy faltó... ¿Quién puede decir que faltó? Me parece que está por aquí y por allá, mirando la seriedad de todos, mirando el desenfado y la tristeza de los estudiantes de túnicas sin almidón. Y me pregunto, como se preguntó el poeta: "¿Por qué llegaste tan temprano, demasiado temprano, a una muerte que no era la tuya y que a esta altura no sabrá qué hacer con tanta vida?". No sabrá qué hacer con tu alegría, esa que defendiste y de la que hiciste un escudo para los más débiles, los que un día vendrán de todas partes, en otras primaveras, compartiendo la misma leche y el mismo pan.

Por eso tu nombre y tu ejemplo están aquí, al decir de Miguel Hernández:
"Compañera del alma, Compañera".

*(El Claustro de la Facultad de Medicina hace un minuto de silencio
en homenaje a la Dr.a Myrtha Foren)*

— En homenaje a Myrtha debemos seguir trabajando.

Perfil del título intermedio

SEÑOR DUFRECHOU (Doc.)- En la anterior oportunidad en que se manejó el tema del perfil y las competencias del licenciado en salud comunitaria manifestamos algunas diferencias con el documento presentado, refiriéndonos fundamentalmente a cierta vaguedad en la definición. Me refiero a vaguedad en ubicar su lugar en las distintas tareas que tienen que ver con la atención sanitaria. También señalamos la falta de especificidad de la descripción, ya que hacía poca referencia a la formación que se pretendía en el diseño del nuevo Plan de Estudios, sobre todo la carencia de referencias a los aspectos estrictamente biológicos.

Es en ese sentido que quisimos aportar algunas ideas más estructuradas y confeccionamos una descripción alternativa que empieza por cambiar el nombre de la licenciatura. En lugar de llamarse Licenciado en Salud Comunitaria lo llamamos Licenciado en Prevención y Promoción de Salud. Este documento tiene una buena dosis de correspondencia con el proyecto, pero precisa algunos aspectos que estaban, a mi juicio, descuidados en el otro documento, con matices de diferencia que sabrán reconocer.

SEÑOR VIGNOLO (Doc.)- En la última versión del documento de la Comisión de Plan de Estudios faltaban algunos elementos que luego fueron incorporados. O sea que lo que plantea el Dr. Dufrechou en las competencias ya está contemplado.

Con respecto al perfil, hablar de prevención y promoción de salud no es lo mismo que hablar de salud comunitaria. ¿Qué entiende el Dr. Dufrechou por salud comunitaria?

SEÑOR DUFRECHOU (Doc.)- No entiendo nada, y por eso le cambié el nombre al licenciado.

SEÑOR VIGNOLO (Doc.)- El concepto que manejo de salud comunitaria es el de salud pública, esto es, el esfuerzo organizado de la sociedad para llevar adelante acciones de protección, promoción, curación, recuperación y rehabilitación en salud, no solo en términos individuales sino también en términos colectivos. El concepto de salud comunitaria incorpora al de salud pública la participación de la comunidad. Por eso es más amplio. Tiene inserto dentro de él el concepto de prevención de enfermedades y promoción en salud. Es mucho más abarcativo que la idea de salud pública y la de promoción y prevención. Este licenciado no solo va a realizar acciones individuales, colaborando con el médico en maniobras y destrezas básicas, sino que manejará herramientas epidemiológicas para hacer diagnósticos de situación en salud colectivos o poblacionales. Por eso prefiero hablar de salud comunitaria en lugar de prevención y promoción de salud.

En otro lado se habla de “equipos multidisciplinarios”. Nosotros habíamos puesto “interdisciplinarios” porque se puede trabajar de manera multidisciplinaria pero no necesariamente en una interdisciplina. Equipos multidisciplinarios hay en el primer nivel pero no se trabaja interdisciplinariamente.

Luego el documento agrega: “En ambos casos sus acciones deberán contar con el aval responsable de un doctor en Medicina”. Eso es poner al primer nivel bajo la égida del doctor en Medicina. Naturalmente, lo que hace a factores clínicos, soporte vital y seguimiento del paciente, lo va a hacer en colaboración con el doctor en Medicina, pero no en otros aspectos de la salud comunitaria, porque hay gente que maneja esos elementos mucho mejor que el doctor en Medicina clásico. En lo demás, conceptualmente no hay una gran diferencia entre un documento y otro.



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA**

5

SEÑOR DUFRECHOU (Doc.)- Obviamente, ni bien se profundiza en el tema aparecen las diferencias de posiciones. No estoy de acuerdo en formar un licenciado con las características que plantea el Dr. Vignolo. Yo hago hincapié en formar un licenciado que tenga una referencia no tan volcada a la salud pública y a la salud colectiva sino una implicancia mayor en la tarea personal, sin desconocer que lo que dice el Dr. Vignolo tiene un enorme valor. El médico debe preservar este concepto porque no todos los médicos son sanitaristas. Tienen tareas vinculadas con la salud pública pero también otras vinculadas con la salud individual, porque permanentemente se actúa sobre ella tanto desde la salud pública como desde la comunitaria. Es por eso que tienen que contar con un sostén legal, a través del aval de un doctor en Medicina, que es la persona idónea para resolver problemas de salud. No le cedo la derecha a nadie en ese sentido. Los médicos tenemos que reservarnos esa área que es fundamental. Los que podemos opinar sobre la salud individual de las personas somos los médicos.

En el documento inicial están recogidas a las apuradas algunas observaciones que se hicieron en el Claustro, que no habían sido tomadas en cuenta, pero creo que la redacción del documento que presenté las concretiza mejor. No es lo mismo decir que el licenciado “deberá realizar tareas de soporte vital y maniobras y destrezas básicas” que redactarlo de manera más específica. Lo que planteo son cuestiones con las que tenemos que lidiar todos los días. Cuando se describe al licenciado en salud comunitaria, me hace acordar a un engranaje, algo que alguien pensó para ponerlo ahí adentro. No es un individuo con una formación que pueda desarrollar su tarea en ese engranaje o en otro, o dentro de diez años, cuando la epidemiología sea otra. Aparentemente está ideado para encajar en determinada concepción. Nosotros tomamos la precaución de aclarar que podrá actuar formando parte de esos engranajes o desarrollar su actividad en forma creativa, vinculado a otros especialistas, para que cuando tenga el título sepa que cuenta con un panorama para insertarse en las distintas estructuras. No voy a entrar en la disquisición de lo multidisciplinario y lo interdisciplinario porque me parece que es semántica y no hace al tema. Felicito al Dr. Vignolo por todas las observaciones que hizo, ya que eran las cosas que yo quería modificar.

SEÑOR VIGNOLO (Doc.)- No tengo problemas en que se sustituya la frase “Realizar tareas de soporte vital y maniobras y destrezas básicas” por otra más explícita.

Por otra parte, el hecho de que existe un espacio individual reservado al médico es indiscutible. Pero también creo que en el primer nivel hay un enfoque de la medicina que, además de ser individual, también es familiar y comunitario. El conocimiento de las características poblacionales del lugar donde está atendiendo el médico en el primer nivel es muy importante para conocer las enfermedades prevalentes de esa comunidad, los factores de riesgo y el manejo de esas herramientas epidemiológicas.

SEÑOR DUFRECHOU (Doc.)- Eso está dicho en el documento porque lo pienso así, aunque quizá lo plasme con otro lenguaje.

SEÑOR BIASOTTI (Est.)- No entiendo el miedo a que se le saque el lugar al médico, que sin duda lo tiene. Está bien que el médico se ocupe de los casos puntuales de salud, ya que eso no es lo que va a hacer el licenciado. Este va a realizar promoción, prevención y educación para la salud, y hacia ahí ha venido trabajando el Claustro. Los casos puntuales los verá el médico de la policlínica, que luego los derivará adonde sea necesario. Entiendo la preocupación del Dr. Dufrechou pero este es un trabajo que viene desde hace tiempo, ya que se quiere dar más énfasis a la atención primaria.

El sistema de salud está cambiando y estos licenciados no van a formarse para ahora. Suponemos que, cuando salgan, el sistema ya habrá cambiado lo suficiente como para que se puedan insertar. Además, los recursos que forma la Facultad no tienen que ser decididos por la Facultad de Medicina sino por las necesidades que tenga la sociedad. El paradigma ha cambiado tanto que lo que se necesita no es el médico que egresaba antes sino algo más. Se necesita promoción, prevención, educación y rehabilitación.

Lo que está escrito en el documento no saca el lugar al médico, ya que este es necesario porque hay gente con enfermedades puntuales. Sin embargo, hay otro montón de gente a la que se le puede prevenir una cantidad de problemas. Para eso estamos formando a este licenciado. No es un “pequeño médico” que llegó a la mitad de la carrera y obtuvo este título.

Ahora contamos con estos dos documentos que habrá que discutir, pero llegado el momento deberemos votar y decidir. Sin embargo, creo que estamos todos bastante de acuerdo con el documento elaborado por la Comisión de Plan de Estudios, aunque quizá haya cosas puntuales para modificar. El Dr. Dufrechou apunta a cambiar algo más profundo que no es tan puntual.

SEÑOR DUFRECHOU (Doc.).- Pienso que el compañero Biasotti está discutiendo con una persona que no soy yo. Es alguien que él tiene en su cabeza, el paradigma del opositor, y no discute ni conmigo ni sobre el documento. Yo no dije que tenía miedo de que se le sacara el lugar al médico. No tengo temor de nada. Lo que planteo es que la figura del médico es insustituible en la dirección de cualquier estructura de atención, ya sea en el primer nivel, en el segundo o en cualquier otro.

SEÑORA GÓMEZ (Doc.).- De la lectura bastante desapasionada de ambos documentos vemos que no hay grandes diferencias. Quizá la haya en algún elemento de enfoque y es bueno que se plantee, pero cuando se habla en uno y otro de promoción de salud nos damos cuenta de que no hay contradicción. Hay cosas que están más descriptas en un documento que en el otro. Estoy de acuerdo en que debemos respetar el trabajo de la Comisión, que ha sido largo, pero sin desconocer los aportes.

Esta sigue siendo una Facultad de Medicina, por lo que nuestro egresado debe estar muy enfocado hacia la salud individual. Cuando logremos incursionar por áreas, que es nuestra meta en el mediano y el largo plazo, tendremos más libertad para pensar en una persona con el enfoque planteado anteriormente. Allí los aportes de las ciencias sociales serán mucho más fuertes que los que podamos plantear nosotros formando especialistas en salud individual. Sí lo haremos cuando formemos con un enfoque en salud comunitaria. Eso exige mucho de la interdisciplina, de la multidisciplina y de la transdisciplina, que hoy no es una realidad. Como representante docente en el Área de la Salud sé de las dificultades que tenemos para pensarnos como Área de la Salud y todavía más si hay para pensar en interdisciplina.

El enfoque hacia adelante se plantea cuando se habla de salud comunitaria, pero esto que se propone de prevención y promoción en salud quizá sea lo más adecuado teniendo en cuenta el especialista que podemos formar hoy en la Facultad.

SEÑOR GUIMARAENS (Est.).- Me parece bien que la gente se sienta a pensar y a tirar líneas. Cuando uno se sienta solo o en pequeños grupos a redactar un documento, es más fácil lograr algo concreto. Llegar a acuerdos es difícil y a veces eso se refleja en la redacción.



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA**

7

Al leer el perfil del Licenciado en prevención y promoción de salud, veo que tiene una coherencia interna que quizá el documento de la Comisión de Plan de Estudios no haya logrado plasmar. Una de sus frases expresa que el licenciado "...ejercerá sus funciones en instituciones, en el marco de equipos multidisciplinarios o en forma de actividad independiente, creativa y autogestionada". Eso es un aspecto nuevo que la Comisión no discutió. Siempre se consideró al título intermedio como inserto en el equipo de salud y trabajando en él, pero nunca trabajando solo.

Además, hay algunas contradicciones, porque si se habla de un licenciado en prevención y promoción de salud no estaría dentro de sus competencias realizar tareas de curación. Sin embargo, en las competencias se plantea que deberá: "Conocer la técnica y tener el entrenamiento suficiente que le permita efectuar correctamente las maniobras y destrezas básicas necesarias para la asistencia (...)". Si queremos un título intermedio de prevención y promoción, no tendría que realizar tareas de curación. Si el practicante externo deberá ser parte de este perfil será algo que deberemos discutir, pero no veo que esto esté en la misma sintonía.

El documento que trae la Comisión de Plan de Estudios me parece más abarcativo que el que trae el Dr. Dufrechou. Allí se plantea que el licenciado en prevención y promoción de salud deberá ejercer funciones con el individuo sano. Entonces, no sé por qué tendrá en su perfil tareas de curación. Sin embargo, el documento de la Comisión habla del individuo presuntamente sano, como lo definía el Dr. Carbajal.

En general preferiría que la Comisión discutiera este documento, ya que no hay gran contradicción entre lo que está escrito pero, de todas formas, estaría más de acuerdo con el que trajo la Comisión de Plan de Estudios.

SEÑOR CHAVARRÍA (Eg.).- En la Comisión de Plan de Estudios trabajamos muy duro y las discusiones fueron importantes. Se hicieron muchas modificaciones al perfil de este licenciado en salud comunitaria, al que adhiero. Hay aspectos que son conceptuales, entre ellos lo que es interdisciplinario y lo que es multidisciplinario. Hay una diferencia abismal. Multidisciplinario es lo que hacemos en el hospital con la Clínica Pediátrica, con Emergencia, etc. Interdisciplinario es cuando yo hago mi policlínica oncológica y allí está el oncólogo, la psicóloga, el cirujano, todos trabajando juntos interdisciplinariamente. Eso es así en todo el mundo porque así se trabaja en el Hospital de Saint Just o en el Anderson Cancer Center.

Por otro lado, considero que el médico es muy importante pero no es el dueño de todo. De lo contrario, no tendríamos nurses, enfermeras ni nada. Las nurses de un CTI son fundamentales en la atención de los enfermos, ya que si no fuera por ellas los pacientes se morirían. En Estados Unidos la enfermera juega un rol fundamental y aquí también. El médico es muy importante pero tiene su papel interdisciplinario, con todo un equipo de salud que va a actuar en la atención primaria, esto es, en salud pública y comunidad, como bien lo definió el Dr. Vignolo y como no lo supo definir la gente de la Universidad de Sherbrooke. La Dra. Alicia Sosa les preguntó qué era para ellos la comunidad y no supieron definirlo. El Dr. Vignolo les tuvo que explicar el tema y dio la misma definición exacta que acaba de dar.

En el documento presentado por el Dr. Dufrechou hay otras cosas que me dejan dudas. Por ejemplo, se establece que el licenciado deberá: "Conocer la técnica y tener el entrenamiento suficiente que le permita efectuar correctamente las maniobras y destrezas básicas necesarias para la asistencia, bajo la indicación y supervisión de médico

responsable de dichos pacientes”. ¿Qué significa eso? ¿Poner una sonda vesical? ¿Hacer una punción de tórax? ¿Cuáles son las maniobras y destrezas básicas? Estas pueden ser innumerables y muchas de ellas las resuelve Enfermería y otras las podrá resolver el licenciado en salud comunitaria. Me parece que esa frase que acabo de leer no tiene mucho sentido. Para mí operar una apendicitis es una maniobra básica pero estoy seguro de que para todos ustedes no lo es. Las cosas hay que definir las bien. Si vamos a crear equipos interdisciplinarios, tenemos que empezar por respetar a cada uno de sus integrantes y definir claramente sus competencias. Esto no quiere decir que las competencias sean exclusivas, sino que son algo consensuado y discutido. Por supuesto que si a la comunidad viene un hipertenso, no lo va a tratar el licenciado sino que lo va a tratar el médico, porque es el que está capacitado.

Aprendí muchas cosas con el Dr. Vignolo. Cuando comenzamos con el tema del Plan de Estudios él nos dijo que teníamos que pensar que esto se iba a trabajar en equipos interdisciplinarios, con el médico, la enfermera, el licenciado, la gente de salud mental, etc., y no a los golpes. Cada uno trabajará con su mejor saber en determinada área y su peor saber en otras, porque no se puede saber todo. Por eso sigo adhiriendo a lo que hicimos en la Comisión de Plan de Estudios, que fue discutido, modificado y rediscutido. En ese documento se establece que el licenciado deberá: “Realizar tareas de soporte vital y maniobras y destrezas básicas”. El soporte vital lo hacen los bomberos, los paramédicos o la policía. Se está tratando de enseñar esas tareas a la mayor cantidad de gente porque en el Uruguay se mueren cinco mil personas al año por paro cardíaco. Si hubiera más gente que conociera estas maniobras se podría salvar a una cantidad de personas con un golpe en el pecho o con respiración boca a boca.

SEÑOR DUFRECHOU (Doc.)- No voy a entrar nuevamente en el tema de la multidisciplinariedad y la interdisciplinariedad pero lamento que el profesor Chavarría me subestime de esa manera al darme una explicación absolutamente obvia. Lo que sí voy a criticar es que haya gastado tanto tiempo en criticar la frase sobre maniobras y destrezas básicas, que está sacada del documento que él aplaude tan calurosamente.

SEÑOR CARBAJAL (Eg.)- Me pliego a lo que han dicho los compañeros de la Comisión de Plan de Estudios. Me pregunto por qué aparece un documento completo, diferente al anterior. No se trata de sacar una línea de aquí para poner otra allá sino una versión no digo distinta pero sí completamente nueva. Esto indica que la diferencia es sustancialmente ideológica, porque detrás de cada documento hay una ideología y ambas son incompatibles. Si no fuera así, sobre la base del documento de la Comisión se hubieran planteado las correcciones necesarias.

Tratando de concretar en qué consisten esas diferencias, me gustaría que los autores de este documento lo pensarán y las objetaran o no. Creo que es algo que está basado en la imagen objetivo que trasciende a la medicina y que se encuentra en el horizonte, diría en la utopía. Para mí la utopía es que no existan médicos, que un día la medicina haya resuelto todos los problemas desde la prevención y la promoción de salud. No podemos trabajar el horizonte como algo todavía plagado de enfermedades y de todas las cosas que queremos que terminen. Si le quito a la medicina las enfermedades, me quedo con un licenciado en salud comunitaria, que es la persona que permanentemente está evitando las enfermedades. No es un protomédico, ni un premédico ni un médico en pequeño. Es el agente que logrará que en un futuro no exista más la medicina. Nuestro ideal es que la gente no tenga enfermedades congénitas -que se previenen-, que no haya accidentes de tránsito -que se previenen-, que no haya delincuencia -porque se previene-, etc. ¿Qué nos quedará? Morir, porque todos nos vamos a morir, pero será una muerte sana. El ideal será morirnos de



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA**

9

viejos, sin haber tenido ninguna enfermedad, en familia y disfrutando del placer de haber vivido.

A ese futuro no le pongo un médico sino agentes que estarán permanentemente en la sociedad, cuidando de la salud. Me refiero al licenciado en salud comunitaria.

El documento que se ha presentado sigue pensando en un médico que auxilia al doctor en Medicina en el tratamiento de la enfermedad. El punto de partida es lograr “un profesional versado en las disciplinas básicas de las ciencias médicas”, no en las ciencias de la salud. O sea que estamos ante un protomédico.

SEÑORA FERNÁNDEZ (Nora) (Doc.)- No voy a hacer ninguna apreciación sobre el título intermedio en sí. Estoy de acuerdo con todo el documento, pero cuando empecé a leer lo de realizar tareas de soporte vital y maniobras y destrezas básicas recordé que eso se había discutido en otros Claustros. Allí se comentó que era lógico que el perfil del licenciado en salud comunitaria también abarcara los aspectos de lo que era el practicante externo.

Si bien es cierto que varios actores de nuestra sociedad hacemos maniobras básicas de soporte vital, a veces nos encontramos con que nosotros mismos no sabemos realizar algunas de ellas. Es importante que eso esté contemplado. Por otro lado, sería importante que algunos de los aspectos del documento estuvieran un poco más detallados, porque a veces nos generan dudas. ¿Cuál va a ser el rol de este licenciado en la comunidad? ¿Podrá actuar en otras instituciones de salud? Todo eso debería ser aclarado un poco más.

En el documento del Dr. Dufrechou dice que el licenciado deberá “Participar en el diseño, ejecución y evaluación de investigaciones epidemiológicas locales y programas de vigilancia de salud pública”. Eso está contemplado en el documento de la Comisión de Plan de Estudios. También están contempladas las propuestas de que deberá tener habilidades en el área de reanimación cardiorrespiratoria básica y en primeros auxilios, pero quizá haya que desarrollarlas un poco más, incluyéndolas en la frase donde dice: “Realizar tareas de soporte vital y maniobras y destrezas básicas”. No debemos olvidar que estos documentos van a ser leídos por otras personas, y no cuesta mucho describir bien las cosas.

Por otra parte, el documento de la Comisión dice que el licenciado deberá: “Fomentar la realización y actualización de las historias clínicas”. ¿Qué se quiere decir con esto?

SEÑORA LASSUS (Est.)- Estando integrado en el equipo de salud en la comunidad, una de las competencias del licenciado sería la que acaba de leer la Dra. Fernández. Dado que ese licenciado está en la comunidad y conoce a la gente, a su familia, podrá encargarse de fomentar y actualizar las historias clínicas. A veces las historias clínicas quedan desactualizadas porque el médico en la consulta no tiene tiempo para ocuparse de ellas. Esa tarea la haría el licenciado en salud comunitaria.

SEÑORA FERNÁNDEZ (Nora) (Doc.)- Yo lo había entendido así pero, tal como dije, este documento va a ser leído por otras personas. Faltaría aclarar un poco más el rol del licenciado para que cuando lo lea otra persona entienda claramente cuál será su rol. Cuando uno está inmerso en algo, lo describe y piensa que está claro, pero por ahí no lo está. Además, sería bueno especificar cuáles serían esas maniobras y destrezas básicas, tal como lo explica el documento del doctor Dufrechou.



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA**

11

Si bien hay tareas que no se sabe si el licenciado las hará en el futuro, y queremos inculcarle que las haga, primero las deberemos hacer nosotros. Uno tiene que saber hacerlas para poder luego enseñárselas a otra persona. Por eso creo que es importante aprender todas esas destrezas y maniobras básicas.

SEÑOR POLAKOF (Est.).- En primer lugar, quiero hacer referencia a la utopía de la que habló el Dr. Carbajal. Quizá no abarque solamente la existencia o no existencia de médicos, pero es una buena utopía para plantearnos como conjunto de personas y para tenerla en cuenta para el futuro.

Lo que planteó la Dra. Gómez es importante no solo para este licenciado sino también para el médico que pensamos formar en el futuro. Ese médico nos va a exigir sí o sí empezar a trabajar de manera interdisciplinaria desde su formación. Eso no se está llevando a cabo hoy en día. Cambiamos el orden o la manera cómo se forma, pero en definitiva es el mismo médico que tenemos ahora. Debemos trabajar en conjunto, buscando la interdisciplinaria para la formación de los médicos que estén por venir. Obviamente, eso significará una inversión económica y de fuerzas muy importante para la Universidad, pero es algo que vale la pena. Quizá planificar estos nuevos profesionales nos obligue a pensar también en cómo hacer la distribución de recursos. El problema está planteado y debemos buscar la solución, pero no dejar de hacer las cosas porque haya inconvenientes.

SEÑOR GUIMARAENS (Est.).- Quiero remarcar algo que dijimos cuando presentamos nuestra propuesta de Plan de Estudios. Entendíamos las tareas de promoción y prevención de salud inherentes al Área de la Salud y, si cambiábamos la lógica de la formación médica, podríamos utilizar toda esa formación en prevención y promoción para lograr una persona idónea en eso, tal como será la formación del médico en el nuevo Plan de Estudios. El licenciado no va a ser un médico, tal como ya se dijo aquí, sino que tendrá otras tareas dentro del equipo de salud. El médico va a actuar más con el individuo que con grupos de personas, y el licenciado no va a hacer la tarea de ese médico. En el documento del Dr. Dufrechou se plantea que el licenciado deberá: “Estar imbuido de la estrategia de la APS, fundamento primordial de su actividad”. Creo que la atención primaria en salud no es el fundamento primordial de la actividad del licenciado, sino la prevención y promoción. La APS es una tarea que él no va a ejercer como individuo sino como política de salud. En el documento de la Comisión, el licenciado en salud comunitaria deberá: “Actuar bajo la premisa de la APS, la promoción de salud y de la extensión universitaria”. Entiendo lo que se quiere decir pero me parece que está mal expresado en los dos documentos.

Otro aspecto es cómo incluimos a las materias básicas, porque creo que el licenciado no va a ser versado en Fisiopatología, en Anatomía Patológica o en Farmacología. Son todas materias básicas inherentes al conocimiento médico. En el perfil mencionamos que el licenciado deberá tener un conocimiento cabal de las materias básicas pero no discriminamos que lo que se quiso incluir fueron las materias básicas que hoy pertenecen al ESFUNO.

SEÑORA CANDREVA (Doc.).- Creo que no fue así. El licenciado obtendrá ese título cuando termine el cuarto año. O sea que hay muchas materias básicas como, por ejemplo, toda la base científica de la causa de las enfermedades.

SEÑOR GUIMARAENS (Est.).- Eso es algo que vamos a discutir cuando tratemos los contenidos, pero debemos tener cuidado cuando hagamos referencia a las materias básicas, porque el licenciado no va a tener un conocimiento cabal de todas las que están a lo largo de la carrera.

SEÑORA PRESIDENTA.- Lo que no puede estar incluido en las competencias es lo que cursó el individuo para llegar a eso. Si la persona terminó el cuarto año, hay que suponer que conoce todo lo necesario hasta ese momento. No me parece que haya que explicitar todo lo que el individuo aprendió hasta ese cuarto año.

SEÑOR GUIMARAENS (Est.).- Ya dijimos que una cosa es el currículum, las materias cursadas, y otra el perfil. Por eso me gustaría que estuviera definido a qué materias básicas y a qué conocimientos nos referimos.

SEÑOR RÍOS (Eg.).- Me parece que se está hilando muy fino. La dimensión de mi intervención estará entre la utopía planteada y algo que me ocurrió hace un año. Hago Medicina General y siempre conviene tener un texto de referencia. No inventé nada y compré el Farreras, que en su primera página dice: “Este tratado está dedicado al hombre enfermo, *primum movens* de la profesión”.

Voy a ir de la dimensión utópica que plantea que no existan los médicos, como dijo el Dr. Carbajal, a la realidad. Escuché con claridad la intervención del Dr. Vignolo, que aclara la diferencia entre el licenciado en prevención y promoción y el licenciado en salud comunitaria, ya que esta última implica no solo criterios de prevención y promoción sino también un criterio de gestión y participación de la comunidad. Eso tiene un valor real, ya que actualmente la tendencia en materia de salud es buscar una participación activa de toda la comunidad, como sujeto para generar nuevas situaciones y mejorar la salud.

El otro concepto que se discutió fue el problema de la multidisciplinariedad o de la interdisciplinariedad. Estoy confundido, ya que entendía como multidisciplinario cuando en el Área de la Salud participan los médicos, las licenciadas en enfermería, nutricionistas, etc. Son distintas vertientes de la misma disciplina. La interdisciplinariedad viene cuando hablamos de los condicionantes de la salud. Ahí necesitamos la presencia de ingenieros, arquitectos, urbanistas, etc. Son otro tipo de disciplinas que participan en el trabajo. La gente entiende como interdisciplinario el trabajo de un médico y una enfermera. Para mí eso es multidisciplinario.

SEÑOR VIGNOLO (Doc.).- Cuando un equipo tiene distintos especialistas hablamos de equipos multidisciplinarios, pero no hay interacción entre ellos. Interdisciplinariedad es, por ejemplo, evaluar a un paciente con un intercambio de saberes. Hay equipos multidisciplinarios que lamentablemente no trabajan de manera interdisciplinaria. Luego de estar un tiempo trabajando en equipos interdisciplinarios, viendo los problemas en conjunto, voy adquiriendo determinado tipo de habilidades del otro respecto a la salud mental, la antropología, la sociología, la enfermería, etc. Eso puede ser incorporado a mi saber y no se trata de invadir el campo del otro. No voy a adquirir destrezas para la que no estoy preparado. Lo que adquiero son habilidades que mejoran mi desempeño.

La atención primaria de salud fue una estrategia desarrollada en 1978. La promoción de salud surgió en Ottawa en 1986 y establece que debemos trabajar intersectorialmente -otro concepto distinto- con otros sectores sociales para resolver los problemas, con la plena participación de la comunidad. La atención primaria y la promoción de salud no es más que la consagración de algo que había quedado congelado. La principal causa de trasmisión de las enfermedades son los estados socioeconómicos vulnerables. Eso quedó congelado porque Pasteur vinculó las bacterias a la aparición de las enfermedades trasmisibles, y triunfó la teoría microbiológica, la teoría biologicista.



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA**

13

Ciento cincuenta años después, no existe la menor duda de que los principales determinantes de la aparición de las enfermedades transmisibles y no transmisibles son la pobreza y las situaciones socioeconómicas vulnerables. Eso lo termina de consagrar Naciones Unidas cuando establece como primer objetivo de las Metas del Milenio abatir las situaciones de pobreza. La promoción de salud es la nueva salud pública. Va mucho más allá de los términos individuales o comunitarios y se asocia perfectamente con el término salud comunitaria.

SEÑOR CHAVARRÍA (Eg.).- En la policlínica oncológica que hago los miércoles participan oncólogos, cirujanos, enfermeras y psicólogas. Eso es inter-transdisciplinario, porque adquirimos experiencia unos de otros.

SEÑOR RÍOS (Eg.).- Agradezco la aclaración pero igual me quedan dudas. De todas formas, ese es un problema mío y veré cómo resolverlo.

En cuanto a si este documento obedece a una concepción ideológica diferente, me parece que no es así. Leyendo esto no me parece que se vuelva a discutir todo de nuevo, pero quizá algunas cosas se podrían explicitar mejor, tal como se dijo hace un momento. Si seguimos hilando tan fino vamos a pasar cinco sesiones más con esto y no vamos a avanzar. Pongamos el menos común de los sentidos para ver si podemos amalgamar la propuesta y resolver.

SEÑORA PRESIDENTA.- En las competencias del licenciado hay bastantes puntos en común y otros que son disímiles entre ambos documentos. Quizá la redacción de algunos sea más coherente en el documento del Dr. Dufrechou, porque fue escrito por una sola persona y no es el resultado de la conciliación del aporte de varias. Hay cosas que se podrán discutir. Sin embargo, en la parte conceptual hay cuestiones muy disímiles, que se plantearon desde el inicio, dicho esto con todo respeto por el Dr. Dufrechou y por la Comisión de Plan de Estudios.

Personalmente me guío por el perfil que planteó la Comisión, pero aquí tenemos dos posturas diferentes. Por más que queramos lograr puntos en común, en el perfil hay aspectos conceptualmente diferentes. Me gustaría saber qué piensa el Dr. Dufrechou de ese aspecto conceptual porque ahí está el punto.

SEÑORA GÓMEZ (Doc.).- Me parece que la prevención admite tareas de curación, porque las medidas preventivas se pueden aplicar en las distintas etapas de la salud individual. O sea que hablar de prevención y plantear actos asistenciales concretos no es una contradicción.

SEÑOR DUFRECHOU (Doc.).- Dudé mucho antes de confeccionar este documento pero sentí la obligación moral de distraer la atención de todos porque me pareció que valía la pena. En cuanto a la ideología que subyace en el documento, es algo que lo dije de entrada cuando planteé que había ciertos matices. Pero son solo eso: matices, sobre todo en lo que está escrito. Lo que está más allá corre por cuenta de cada uno.

Lo que no me gustó fue la literatura, la manera cómo estaba escrito. No me pareció que fuera un documento digno de salir del Claustro de la Facultad de Medicina, y eso me motivó a reescribirlo. Me pareció que no se adecuaba a los fines de lo que queríamos definir.

La discrepancia que tengo es que vamos a formar un licenciado y no a dictar las políticas de salud del país. Estoy de acuerdo en que la intervención responsable de los individuos que forman parte de todos los colectivos sociales es fundamental en el cuidado de la salud, en el mejoramiento de la calidad de vida. No tengo dudas de que eso es así y hay que promoverlo, pero no creo que lo promovamos cambiando el título intermedio de la carrera de Doctor en Medicina.

Este documento describe de manera más adecuada la tarea que va a desarrollar y la proyección que va a tener sobre el cuerpo social. Va a actuar promoviendo una vida saludable y previniendo las enfermedades.

Es cierto que la pobreza genera enfermedad, que la discriminación y la exclusión social son el origen de múltiples enfermedades, pero hete aquí que existe el colesterol, la diabetes, la hipertensión arterial, los microbios, los virus, etc. Eso también lo tiene que conocer el médico, porque de la pobreza nos ocupamos los médicos pero también los ingenieros, los economistas y todo el colectivo social. Nosotros nos ocupamos del colesterol y de la diabetes. Esa es nuestra tarea específica: tender a una vida saludable y quizá llegar a la consolidación de la utopía de una vida sin necesidad de médicos. Eso sería espléndido, como decir que todos los seres humanos fueran felices o que la paz reinara en el universo. Son cosas muy buenas pero que están lejos de este tema que estamos debatiendo.

SEÑORA LASSUS (Est.)- No entiendo la intención del Dr. Dufrechou. Si las discrepancias ideológicas son tan mínimas y solo es una cuestión de escritura, podemos reunirnos y tratar de redactar mejor el documento. Tal como dijo el compañero Guimaraens, redactar algo en conjunto es difícil pero tiene más valor porque todos estábamos representados en la Comisión, por más que su calidad de escritura sea menor que el que puede redactar una persona.

Sin embargo, las diferencias ideológicas que se plantean no me parecen para nada mínimas sino enormes, demasiado grandes incluso. No sé cómo podemos conciliarlas. Me gustaría escuchar a otra gente que no ha hablado porque es algo importante. Lo de la escritura es algo que no tiene importancia pero esto sí. Aquí hablamos los integrantes de la Comisión de Plan de Estudios, que estamos más o menos de acuerdo de hacia dónde vamos, pero sería bueno saber qué piensa otra gente.

SEÑOR DUFRECHOU (Doc.)- Discrepo absolutamente con que el valor de un documento o de una idea plasmada en papel se considere mejor porque lo redactaron cincuenta personas que porque lo hizo una sola persona. Me parece absurdo. Mi afirmación sobre el valor ideológico de algunos puntos fue para subrayar aspectos que entiendo son importantes en la prevención. El que va a prevenir debe saber qué enfermedades tienen los niños, cuáles tienen los jóvenes y cuáles tienen los adultos. Tiene que saber cómo se generan esas enfermedades. La persona que vaya a actuar en prevención deberá conocer los factores de riesgo vascular o cuáles son los neoplasmas más prevalentes. Eso no es ideológico. Es lo que vemos todos los días y lo que viene haciendo la Facultad de Medicina hace ciento cincuenta años.

SEÑORA LASSUS (Est.)- Esa no es la diferencia ideológica de la que estamos hablando. Si quiero prevenir algo tengo que conocer los factores de riesgo. No estamos discutiendo el perfil y las competencias del médico sino las del licenciado, y la diferencia ideológica es hacia dónde se quiere apuntar con eso. Me refiero a si se quiere apuntar a prevenir y promocionar o a curar.

SEÑOR DUFRECHOU (Doc.)- El documento plantea que el licenciado desarrollará



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA**

15

“tareas de promoción, educación para la salud y prevención de enfermedades mediante su interrelación con los individuos sanos”. Luego agrega que deberá “Manejar los instrumentos propios de la epidemiología y de la clínica para apreciar la necesidad de acciones preventivas en las diferentes etapas etarias y en los distintos contextos bio-psico-sociales”. No veo que nada de esto esté fuera de la órbita de lo que se ha venido hablando.

SEÑORA LASSUS (Est.).- Eso también está en el documento de la Comisión.

SEÑORA DOMÉNECH (Doc.).- Creo que lo que plantea el Dr. Dufrechou -y me parece respetable- es que hay determinados aspectos que son específicos del médico, relacionados con la enfermedad, que no están jerarquizados en el documento de la Comisión. Quizá deberíamos tener en cuenta esas cosas para incorporarlas.

Comparto la idea de promoción de la salud y la utopía del Dr. Carbajal, pero también es cierto que las enfermedades existen y nosotros seguimos formando médicos. Que el promotor de salud conozca esos aspectos va también a evitar la enfermedad y por eso deberíamos jerarquizarlo un poco más.

SEÑOR CHAVARRÍA (Eg.).- Por ejemplo, la Facultad de Enfermería, cuando redacta las competencias, no dice lo que va a hacer el médico sino lo que hará el enfermero. Este documento dice lo que va a hacer el licenciado en salud comunitaria y no tiene por qué decir qué va a hacer el médico, porque eso ya lo sabemos. El médico va a curar. La concepción planteada en el documento sobre el licenciado en prevención y promoción de salud -lo digo con todo respeto- es curativa, porque pone al médico en primer lugar, y lo que plantea la Comisión es preventivo. La diferencia entre las dos concepciones es abismal.

Estoy de acuerdo en hacer algunas modificaciones al documento sobre el licenciado en salud comunitaria elaborado por la Comisión de Plan de Estudios, pero insisto en que las concepciones son totalmente distintas. Si la persona en la comunidad tiene una hernia, la va a atender el cirujano. Y si tiene hipertensión, lo atenderá el médico y no el licenciado en salud comunitaria. Eso se cae de maduro y no hay por qué ponerlo en el documento. De lo contrario, deberemos especificar con puntos y comas todo lo que se quiera decir, y me parece que no es así.

SEÑORA PAULINO (Est.).- El documento del Dr. Dufrechou debe ser tomado como un insumo para que la Comisión de Plan de Estudios lo discuta. No soy quién para determinar qué tiene más valor, si un documento u otro, pero quizá lo que quiso decir la compañera Lassus fue que se creó una Comisión para trabajar en un tema, que es abierta, con participación de todos los Órdenes. Está bueno confrontar las ideas y en base a eso construir cosas. Eso es lo que quizá tenga más valor. En la Comisión empezamos a escribir el documento con un boceto del Dr. Carbajal, que era totalmente distinto, y de la discusión surgió la versión que tenemos ahora. Quizá haya sido a eso que se refirió la compañera Lassus y no a que fuera una persona o cinco. Podemos invitar al Dr. Dufrechou a que venga a la Comisión para argumentar su propuesta, ya que hay aspectos más de fondo en cuanto a priorizar algunas cosas u otras. Me parece que en la Comisión priorizamos cosas distintas.

SEÑOR FERREIRA (Est.).- Es bueno este tipo de discusiones porque nos da más insumos. Estoy de acuerdo en que este documento debe ser llevado a la Comisión para discutirlo. Debemos tener en cuenta que estamos creando un licenciado que tendrá un rol nuevo en la sociedad y es obvio que no podemos estar todos de acuerdo, pero debemos sumar las propuestas. Mi planteo es que nos juntemos en la Comisión para ver de qué forma podemos llegar a un consenso.

SEÑORA PRESIDENTA.- El planteo es llevar el documento del Dr. Dufrechou a la Comisión de Plan de Estudios para que esta lo discuta. Dado que tenemos pocas sesiones por delante, propongo que para la próxima reunión se traiga el documento discutido y redactado nuevamente para poder votarlo y avanzar.

SEÑOR POLAKOF (Est.)- Teniendo en cuenta que hay pocas sesiones por delante y dado que la Sala Docente se va a realizar el próximo lunes, propongo que el Claustro tenga una sesión extraordinaria el próximo jueves 25 de octubre.

(Dialogados)

SEÑORA PRESIDENTA.- Se va a votar la propuesta de realizar una sesión extraordinaria el jueves 25 de octubre.

(Se vota)

—AFIRMATIVA.- Unanimidad.

Se levanta la sesión.

(Es la hora 15 y 30)