



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE MEDICINA

1

ASAMBLEA DEL CLAUSTRO  
FACULTAD DE MEDICINA

Sesión del día 20 de setiembre de 2007

*ACTA N° 37*

ASISTEN: **Por el orden docente:** Marta ALBERTI, Ema C. CANDREVA, Nora FERNÁNDEZ, Ana María GARCÍA, Carlos DUFRECHOU POGGI y Julio VIGNOLO BALLESTEROS.  
**Por el orden de egresados:** Oscar CHAVARRIA VARELA, Silvio RÍOS FERREIRA, Myrtha FOREN LOTUFFO y Miguel COIRO PAOLETTI.  
**Por el orden estudiantil:** Soledad OLIVERA, Federico GARCÍA, Daiana PAULINO, Martín BIASOTTI, Natalia PÉREZ, Eduardo GUIMARAENS y Leticia LASSUS.

---

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

(Es la hora 13 y 30)

**Consideración de Actas de sesiones anteriores**

—Están a consideración las Actas remitidas para ser aprobadas.

**SEÑOR CHAVARRÍA (Eg.).**- Leí todas las actas remitidas, de la 27 a la 35, y debo decir que es muy interesante porque uno se da cuenta de las cosas que los integrantes de este Claustro decimos y repetimos incansablemente. Nos fijamos plazos que nunca cumplimos. Un integrante de este Claustro decía que en julio teníamos que votar el Plan de Estudios. No lo votamos, y esto viene sucediendo desde hace años.

También quiero destacar la colaboración del taquígrafo que toma las Actas, ya que realiza un trabajo excelente. Lo felicito por su labor ya que es muy difícil seguir el hilo de las conversaciones que a veces tenemos entre nosotros. Muchas veces nos interrumpimos unos a otros y es difícil para la persona que toma el Acta lograr una continuidad en la idea. Reitero que leer las Actas es una actividad muy interesante, ya que permite darnos cuenta de muchas cosas. Agradezco que me hayan designado para esta labor. Por lo demás, estoy en condiciones de aprobarlas todas.

**SEÑOR GUIMARAENS (Est.).**- Nosotros también leímos todas las Actas y estamos en condiciones de aprobarlas.

**SEÑORA FERNÁNDEZ (Doc.).**- Yo leí hasta el Acta N° 29, inclusive.

**SEÑORA PRESIDENTA.**- Se va a votar si se aprueban las Actas Nos. 27, 28 y 29.

(Se vota)

—AFIRMATIVA.- Unanimidad.

---

**Asuntos Previos****Reunión de los Claustros del Área de la Salud**

**SEÑORA LASSUS (Est.)**.- Queremos informar al Claustro sobre la reunión que tuvimos con los integrantes de los demás Claustros del Área de la Salud, en la Facultad de Odontología. Hubo varias propuestas y se presentó el informe sobre masificación. Enfermería planteó que se tratara el tema de la creditización, las especialidades y las maestrías. La Escuela de Nutrición y Dietética propuso el tema del Instituto de APS, evaluación institucional, además de lo relativo a la planta física y todos los problemas que tuvieron. Otros temas fueron el sistema nacional integrado de salud, la revisión del Plan de Estudios o el ingreso libre, como planteó la Escuela Universitaria de Tecnología Médica. La cosa es que cada uno propuso temas y nosotros ninguno. Lo planteamos porque si se hace una nueva reunión nos gustaría tener el respaldo del Claustro, juntarnos y discutir para poder llevar alguna propuesta, porque no puede ser que la Facultad de Medicina no plantee nada.

**SEÑOR RÍOS (Eg.)**.- Recibí la citación para esa reunión por ser el Vicepresidente del Claustro pero me es imposible venir en mitad de semana. De todas formas, voy a presentar la renuncia para que pueda concurrir otro compañero integrante de la Mesa.

**SEÑORA PRESIDENTA**.- Yo tengo un compromiso asumido anteriormente con la Comisión Honoraria del Ministerio de Salud Pública, los martes a la hora 18 y termina a la hora 20.

**SEÑOR CHAVARRÍA (Eg.)**.- Lamentablemente, los martes tampoco puedo ir ya que a la hora 18 tengo la reunión de la Comisión de Asuntos Universitarios y terminamos a la hora 21. Además, a veces tenemos reunión del Comité Ejecutivo del Sindicato Médico del Uruguay.

**SEÑORA LASSUS (Est.)**.- Mi planteo es por si se llega a generar una reunión posterior y para que podamos tratar estos temas en el Claustro para llevar una propuesta de discusión.

**SEÑOR RÍOS (Eg.)**.- Sugiero que la Mesa plantee esto a sus demás integrantes para que quede constituida una delegación.

---

**Comisión de Estructura Docente**

**SEÑOR CHAVARRÍA (Eg.)**.- En la Comisión de Estructura Docente la doctora Doménech planteó que se iba a pasar a los Servicios una serie de preguntas sobre su organización, etc. Supe que esas preguntas llegaron porque vi una nota arriba de la mesa, pero yo no recibí nada. En esa instancia la doctora Doménech dijo que se iban a pasar las preguntas y demás elementos a los Claustros para que hicieran las correcciones pertinentes. A mí no me llegó nada. ¿Qué pasó?

**SEÑORA PRESIDENTA**.- Lo que se mandó a los distintos Servicios de la Facultad para que mandaran la información correspondiente no todos lo contestaron, aunque sí una buena parte. La Comisión de Estructura está analizando los datos.



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA**  
**FACULTAD DE MEDICINA**

3

**SEÑOR CHAVARRÍA (Eg.)**.- Mi pregunta es por qué no se mandó previamente el cuestionario a los Claustristas para que hicieran las correcciones de rigor.

**SEÑORA PÉREZ (Est.)**.- Lo que la doctora Doménech dijo que se iba a repartir entre los Claustristas era un documento sobre el marco de inserción del docente. En cuanto al documento con las preguntas, no recuerdo que se planteara repartirlo porque era algo cuantitativo, con números de los Servicios. De todas formas, si quieren lo podemos enviar.

**SEÑOR CHAVARRÍA (Eg.)**.- Creo que debería enviarse a los Claustristas.

---

### **Redistribución del período que se restó a los Ciclos de Metodología Científica**

**SEÑORA FOREN (Eg.)**.- La Comisión de Plan de Estudios se reunió el jueves pasado, desde la hora 12 a la hora 16 aproximadamente, y nos dividimos en dos subgrupos. Uno trabajó sobre el perfil del Licenciado en Salud Comunitaria, título que se otorgaría al terminar el cuarto año. El otro grupo discutió cómo se iban a utilizar los tres meses que quedaban del semestre de Metodología I, que pasó de seis a tres meses, y los otros tres que quedaban libres de Metodología II, que también pasó de seis a tres meses. En este último caso hubo acuerdo en utilizarlo para las especialidades. Se planteó que el estudiante pasara por las policlínicas de las especialidades y tuviera acceso a las cosas que había que resolver sin llegar al especialista. Esto es, saber diferenciar un ojo rojo, que debe ser visto por un especialista, de una conjuntivitis, o saber realizar una otoscopia para resolver una otitis simple.

Sobre los tres meses sobrantes de Metodología I, al final del tercer año, hubo varias propuestas. No nos planteamos votarlas, ya que nos pareció más correcto traer el tema al Claustro y discutirlo entre todos. Una propuesta era incorporar esos tres meses al cuarto año, donde está Introducción a la Atención Primaria de Salud. Ahí está la participación y la planificación, la evaluación de programas y el abordaje holístico del estudio de las enfermedades, aumentando la práctica clínica en el primer nivel de atención no con mayor contenido teórico sino con mayor experiencia práctica. La otra opción fue pasarlo a Materno Infantil, aunque no hubo acuerdo. De todas formas, el tema queda para la discusión.

Otro planteo fue dejar Metodología I con tres meses y agregar los otros tres al Internado, y que tuvieran una rotación más. La propuesta básica es aumentar la experiencia en la práctica clínica, ya sea en el Internado o en el primer nivel.

**SEÑORA CANDREVA (Doc.)**.- Hubo también una propuesta de agregar esos meses al ciclo siguiente, donde figura el estudio holístico de las enfermedades. El doctor Ketzoián informó que, cuando fueron a hablar con los docentes del CEFA, estos plantearon no concentrar la enseñanza en ese ciclo sino distribuirla a lo largo de toda la carrera. Todavía no hay un acuerdo sobre qué es lo que se va a desarrollar en ese ciclo.

**SEÑORA PRESIDENTA**.- Al agregar ese tiempo al Internado, ¿quién se hace cargo de los costos de ese aumento?

**SEÑORA CANDREVA (Doc.)**.- La propuesta es prácticamente imposible por eso.

**SEÑOR RÍOS (Eg.)**.- No es imposible porque el Ministerio de Salud Pública contrata

trecientos cargos para internos, que ingresan año a año. El contrato es por dos años pero si fuera por quince meses, al finalizar ese tiempo entrarían los otros. O sea que no se trata de un problema de mayor erogación. Lo que sí plantearon los estudiantes -y no encontramos solución- es que todos van planificando su vida. Ahora se termina en julio y todos se ordenan para dar las pruebas de Residencia y posgrados, pero lo que se plantea provocaría una terminación desfasada cada tres meses. De todas formas, no hay un problema económico.

Los docentes hicieron el esfuerzo de hablar con las Cátedras y los Departamentos, y allí se planteó que si fuéramos a hacer lo que ellos quieren deberíamos alargar la carrera. Sin embargo, la rotación por especialidades es en vista al médico general que queremos. Sería importante que obligatoriamente se incluyera alguna de esas especialidades y otras que fueran optativas. Eso abre el espectro para que los cuatrocientos estudiantes que estén en el final de la carrera no sobrecarguen los Servicios. De todas formas, para nosotros es importante que las especialidades participen en el pregrado. A mí con el Plan 45 me costó muchísimo poder diferenciar, por ejemplo, un ojo rojo de una conjuntivitis o manejar toda la parte de otorrinolaringología. Aquí son pocos días pero rinden muchísimo. La Facultad debe acostumbrarse a que esos Departamentos tienen que participar en la formación del pregrado.

En cuanto al Plan de Estudios, se planteó poner la rotación por especialidades, obligatorias y optativas, pero sin decir cuál sería obligatoria y cuál optativa. Eso dependerá de los ciclos y no se incluiría para no generar discusiones a nivel del Consejo Directivo Central.

**SEÑOR CHAVARRÍA (Eg.)-** Tal como planteó el doctor Moyano, docente de la Facultad de Ingeniería, la opción de especialidades integra la llamada flexibilidad curricular. El estudiante, en determinado momento de la carrera, decide qué es lo que quiere hacer. Cuanto más amplio sea el espectro de especialidades, más amplia será la flexibilidad curricular.

Otro problema que quiero plantear es el del Internado. En este momento la prueba del Internado no es de evaluación sino eliminatoria: el estudiante la pierde o la salva. En la Comisión de Asuntos Universitarios nos pusimos de acuerdo en que el Internado es curricular y, por lo tanto, no puede ser objeto de una prueba de oposición. Es como si los estudiantes tuvieran que dar una prueba para hacer Pediatría o Cirugía. El problema es cómo hacemos para determinar no los cupos sino en qué lugar va a estar cada estudiante. Se puede hacer una prueba para ver cuál va a estar primero y cómo va a ocupar el puesto, o se puede determinar por escolaridad.

**SEÑORA CANDREVA-** Sin embargo, en el último concurso de Internado hubo gente con escolaridad 12 que quedó afuera.

**SEÑOR CHAVARRÍA (Eg.)-** Cuando estaba en el Consejo yo voté la prueba. Tanto es así que dije que quienes no llegaran a determinado nivel debían perderla. Esto es histórico. La prueba del Internado es histórica. Cuando fui interno en 1961, hice la prueba junto con ciento ochenta estudiantes y entramos treinta y cinco, porque había determinado número de cargos. Sin embargo, ahora tienen que entrar todos porque es curricular y lo que es curricular no puede ser objeto de un concurso. De lo contrario tendríamos que hacer concurso para todo el currículum de la Facultad de Medicina.



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE MEDICINA**

5

La Comisión de Asuntos Universitarios discutió esto y llegó a la conclusión de que como es parte del currículum no puede ser objeto de una prueba de oposición. Podemos discutir esto más tarde pero el problema está sobre la mesa. Podemos esperar un tiempo para que madure el tema y luego discutir la propuesta.

**SEÑORA PRESIDENTA.-** Me parece bueno que discutamos esto para tomar una posición, pero no es imprescindible para un proyecto de Plan de Estudios poner las condiciones en que van a entrar los internos.

**SEÑOR CHAVARRÍA (Eg.).-** No digo que sea imprescindible, pero el Claustro puede resolver que nos parece que la prueba en un curso curricular no es adecuada.

**SEÑORA PRESIDENTA.-** Sí, pero ese es otro tema y no el Plan de Estudios.

**SEÑOR CHAVARRÍA (Eg.).-** El Plan de Estudios es todo.

**SEÑOR RÍOS (Eg.).-** Este tema se discutió en el período en que estuve en el Consejo y mi posición personal era la que planteó el doctor Chavarría de que si era curricular no podía haber una prueba eliminatoria. De todas formas, eso salió como resolución del Consejo y para cambiarla es necesaria otra resolución, que deberá contar por lo menos con nueve votos. El Claustro puede discutir el tema para dar más doctrina pero son nuestros delegados en el Consejo quienes tienen que plantearlo allí.

**SEÑOR GUIMARAENS (Est.).-** Me voy a referir a las especialidades. Estoy de acuerdo con que haya especialidades obligatorias y optativas. Si las incluimos es porque tenemos la intención de que estas aporten determinados elementos al Plan de Estudios y al estudiante. Por lo tanto, también deberemos elaborar los contenidos que queremos que se vuelquen en esa rotación por las especialidades, tanto en las obligatorias como en las optativas. No podemos dejar esto librado a la voluntad de la especialidad, como pasa hoy, donde año a año se enseñan cosas diferentes o se cambia el enfoque.

**SEÑOR RÍOS (Eg.).-** Eso tiene que discutirse en las comisiones entre estudiantes y docentes de cada ciclo. En un tiempo esas comisiones existieron pero ahora ya no.

**SEÑORA FOREN (Eg.).-** Eso se incluirá cuando se discutan los contenidos, pero no es lo que se necesita ahora para elevar al Consejo Directivo Central.

**SEÑOR DUFRECHOU (Doc.).-** Aquí hay algo que me llama la atención. Durante un tiempo bastante prolongado hemos discutido la estructuración del currículum y se llegó a determinadas posiciones. Cuando llegue el momento de votarlas, cada uno adoptará las que considere más adecuadas. Se había llegado a una serie de consensos. Uno de ellos fue que Metodología Científica tendría seis meses en determinada etapa y seis meses en otra, independientemente de las competencias que se adquirieran en otros ciclos. Obviamente, se creyó que eso era suficiente para la formación del médico. Si ahora se considera que no se precisa tanto tiempo para los ciclos de Metodología Científica, no entiendo por qué no se acorta la carrera. Esto me preocupa porque evidencia que ninguno está muy convencido de que la formación consensuada por la mayoría sea adecuada. Si sobran seis meses, que se acorte la carrera.

**SEÑORA CANDREVA (Doc.)-** El tema no es tan así como lo plantea el doctor Dufrechou. Hace bastante tiempo que la Comisión de Plan de Estudios está discutiendo que es demasiado seis meses para cada ciclo de Metodología Científica, que están hipertrofiados. Lo que nunca se discutió es cómo ese sobrante se iba a utilizar en el diagramado del Plan de Estudios.

**SEÑOR DUFRECHOU (Doc.)-** Estoy de acuerdo en que eso se planteó varias veces. Lo que nunca se había planteado era que el resto de los ciclos estuvieran rengos en tiempo. ¿Por qué ahora vamos a inventar cosas nuevas?

**SEÑOR GUIMARAENS (Est.)-** Entiendo lo que dice el doctor Dufrechou y lo comparto. Me parece que todos estamos dando vueltas al Plan de Estudios para ver si está bien su extensión o no. El tema es que todavía no hemos hablado de las horas. La intención de acortar la carrera se refleja en el hecho de que todos aprobamos una duración de siete años. Tentativamente está bien porque refleja que todos creemos que la carrera de Doctor en Medicina es demasiado larga. Sin embargo, no sabemos cuántas horas vamos a necesitar para formar a ese médico y cómo vamos a meter todo dentro de la carrera. Estamos haciendo un doble juego que para mí es peligroso. Nos planteamos cosas y se dice que van en los contenidos, y que lo que tenemos que mandar al Consejo Directivo Central es un esquema. Así no vamos a llegar a nada. Cuando empecemos a considerar las horas vamos a estar bien seguros de si siete años son suficientes o no.

**SEÑOR CHAVARRÍA (Eg.)-** Los segundos seis meses de Metodología Científica se reparten en dos sectores porque así se establece la flexibilidad curricular, para que los estudiantes hagan las especialidades. Esa fue la conclusión que sacó la Comisión. Para Metodología I quedan tres meses, pero en ese lapso no se va a tratar toda la metodología ya que los demás temas deberán ser repartidos a lo largo de toda la carrera. Seguramente los temas teóricos van a ser establecidos previamente a Metodología I y los prácticos se darán en Metodología II, con trabajos de campo. Por lo tanto, disminuir los años de la carrera no tiene mucho sentido. Tal como dijo la doctora Foren, es conveniente que estos tres meses se incluyan para las materias clínicas, para reforzarlas.

De pronto el doctor Dufrechou tiene razón en el futuro y quizá podamos disminuir la carrera. Sin embargo, como elemento de prueba y con docentes que todavía no están preparados -debemos lograr una formación docente muy importante-, bajar un año es importante. El doctor Venturelli nos planteó que bajáramos la duración de la carrera a cinco años, pero me parece que todavía no estamos prontos para eso. Siete años es un tiempo suficiente para la situación en la que se encuentra la Facultad y en la que estará en el futuro inmediato, porque la preparación docente no se va a hacer en dos días.

**SEÑORA CANDREVA (Doc.)-** El doctor Chavarría dice que el pasaje por las especialidades coadyuva a la flexibilidad curricular. Me gustaría que nos explicara eso. Por otro lado, tampoco me doy cuenta qué tiene que ver la formación docente con los años de la carrera. En la Facultad hay muchísimos docentes formados, cada uno en su disciplina, que además hacen investigación científica y conocen mucho acerca de los temas. Es cierto que habrá que adaptarse a un tipo especial de enseñanza, pero eso se hará a propuesta del Claustro, de quienes elaboren el Plan de Estudios y de la Universidad, en caso de que se apruebe. La duración de la carrera no tiene por qué estar determinada por la formación de los docentes porque, de ser así, cada tres años, cuando estuvieran mejor formados, volveríamos a discutir el Plan de Estudios para recortarlo.



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE MEDICINA**

7

**SEÑOR CHAVARRÍA (Eg.)**.- “El concepto de flexibilización se constituye como una estrategia fundamental del proceso de reforma institucional. Se considera en sus distintas expresiones, en lo académico, curricular, pedagógico, administrativo y de gestión. Debe entenderse como un principio estratégico para llevar adelante los propósitos de la formación integral de los profesionales. La flexibilidad curricular se refiere a la apertura de los límites y, por consiguiente, a las relaciones entre los diferentes campos, áreas o unidades de conocimiento o contenidos que configuran un currículum. Desde el punto de vista del pregrado, se refiere a la posibilidad de elegir la forma, el lugar y el momento de su aprendizaje, de acuerdo con sus intereses, necesidades y posibilidades. Desde el punto de vista institucional se refiere a la diversidad de medios, apoyos, tiempos y espacios que una institución ofrece para responder a las demandas de formación y para generar una mayor cobertura y calidad del servicio educativo”. Todo eso que leí está escrito, sacado de varios libros europeos y americanos. Por lo tanto, la elección de especialidades es una forma de flexibilización curricular.

**SEÑORA FOREN (Eg.)**.- En Metodología II, en el programa inicial, estaban incluidas las especialidades, que quedarían distribuidas en dos trimestres, pero el contenido es el mismo.

Estoy de acuerdo con el compañero Guimaraens en que las especialidades van a ser consideradas cuando discutamos los contenidos. Está muy bien lo de la flexibilización pero hay contenidos de las especialidades que el médico tiene que saber manejar, más en el campo donde estamos implementando un cambio en el sistema de salud, donde se va a priorizar el primer nivel y donde se apuesta a resolver allí el 80% de las cosas. La idea es que el médico que egresa tenga la capacidad de resolver las patologías sencillas. A mí me pasa que hay médicos que me vienen a preguntar sobre patologías de piel porque los pediatras vemos muchas de ellas. No puede ser que un médico general no sepa diferenciar una mácula de un eccema. Hay especialidades que tienen que ser obligatorias, más allá de las electivas.

Quizá dentro de unos años se podrá acortar más la carrera. Sin embargo, lo que plantea el doctor Chavarría es real. Tenemos una estructura docente que tendrá que avanzar junto con el cambio de Plan de Estudios. Eso va a tener sus idas y venidas, y llevará sus tiempos. Junto con eso vendrá el cambio del sistema de salud que deberemos acompañar con más centros en el primer nivel de atención. Si bien este Plan en teoría es excelente, va a tener sus tropezones cuando se implemente. Se acortó la parte de las clínicas con el objetivo de que el estudiante pudiera ver y conocer todo lo que es de primer nivel en los primeros años. Cuando pasen al segundo y tercer nivel, a la clínica médica, a la quirúrgica, a materno infantil, ahí verán la patología que se ve en el paciente internado, pero lo anterior tienen que manejarlo desde el vamos. De lo contrario, no va a conocer un aspecto básico, que es lo que pasa hoy. El médico egresa y no sabe tratar un forúnculo o a un dispéptico.

**SEÑOR GUIMARAENS (Est.)**.- Dado que no hay un consenso general sobre qué hacer con ese tiempo sobrante, propongo que dejemos la discusión para la próxima sesión y pasemos al otro punto, que está más elaborado.

**SEÑOR CHAVARRÍA (Eg.)**.- Me gustaría pedir a los Claustristas que hicieran lo posible para que los temas del ciclo de Metodología I fueran reincorporados en la parte general previa. De acuerdo a la propuesta estudiantil, Metodología estaría a lo largo de toda la carrera pero las bases habría que darlas en los primeros años. Deberíamos pensar cómo poner los temas en esos primeros años.

**SEÑORA FERNÁNDEZ (Doc.)**.- Estuve en la discusión de este tema y propusimos acortar estos tres meses. Una de las razones por las que podía ser favorable acortar esos tres

meses sería la siguiente: en vez de terminar el Internado en julio y tener solo dos meses para preparar la Residencia, se podría finalizar la carrera en abril y así tener más tiempo para preparar una buena Residencia. Se me podrá decir que ya la vienen preparando de antes, pero hay que ver cuánto tiempo realmente dedican al Internado y a la preparación de la Residencia, teniendo en cuenta que a esa altura muchos de los egresados no solo están haciendo el Internado sino que tienen otro trabajo. Además, hay que considerar que existen especialidades en las que no se rota en el Internado obligatorio, como pueden ser las diagnósticas. Ese tiempo podría ser utilizado por los egresados para tener un mayor contacto con esas especialidades.

**SEÑOR BIASOTTI (Est.)**.- En cuanto al acortamiento de la carrera, habíamos quedado en que se iban a mantener las ocho mil horas, a costa de la redistribución. Ahora bien, si se sacan esos seis meses, habrá que redistribuir más o discutir si se sacan horas o no.

**SEÑOR CHAVARRÍA (Eg.)**.- Tiene razón.

**SEÑORA PRESIDENTA**.- Es seguro que, si se trata de fomentar la práctica clínica, en esos tres meses tendrían que estar las especialidades, algunas obligatorias y otras optativas, con objetivos bien claros para la formación del médico general. ¿Por qué los otros tres meses no se utilizan en la práctica del primer nivel de atención?

**SEÑORA FOREN (Eg.)**.- Esa es la propuesta. En Metodología I la idea era utilizar esos tres meses haciendo más práctica clínica en el primer nivel de atención.

**SEÑORA PRESIDENTA**.- Se habló del Internado y de la práctica en el primer nivel. Estoy de acuerdo en que si no hay un consenso pasemos al otro punto, pero por qué no exponemos lo que cada uno piensa con respecto a los tres aspectos. No sé cuál es la posición del Orden Estudiantil, la del Orden Docente o la del Orden de Egresados con respecto a estos puntos. Si no tenemos posición, dejamos la discusión para la próxima sesión.

(Dialogados)

**SEÑOR DUFRECHOU (Doc.)**.- Cuando comenzó la discusión se habló de seis meses excedentarios que había que distribuir. Ahora resulta que no son seis sino tres.

**SEÑORA OLIVERA (Est.)**.- El tema es que en Metodología II ya estaban incluidas las especialidades. En la segunda vuelta se hace hincapié en las rotaciones por especialidades, lo que da otra visión.

**SEÑOR DUFRECHOU (Doc.)**.- Había un contenido para Metodología II que duraba seis meses, pero ahora dura tres. O sea que sobran tres meses que hay que llenar con más especialidades.

**SEÑORA FOREN (Eg.)**.- El ciclo de Metodología II, en el sexto año, era de un semestre y planteaba la integración plena a equipos de investigación, preferentemente multiprofesionales, seminarios obligatorios centrados en problemas médicos relevantes del entorno, que exijan un enfoque propio y un abordaje en profundidad, junto a una oferta múltiple y diversa de cursos electivos y clínica de especialidades. O sea que dentro de este semestre estaban incluidas las especialidades. Lo que se propone ahora es dividirlo en dos, Metodología por un lado y pasantías por especialidades por otro, pero siguen siendo seis meses.





**SEÑOR CHAVARRÍA (Eg.)**.- Lo que propone ahora el Claustro es una división de tres meses por un lado y tres por otro.

**SEÑORA PRESIDENTA**.- Lo que estamos discutiendo son los tres meses que se sacaron a Metodología I. Lo otro ya está aprobado.

**SEÑORA LASSUS (Est.)**.- Entiendo lo que plantea el doctor Dufrechou porque nunca aprobamos nada. Ahora estamos haciendo un esfuerzo general sobre este tema de las especialidades pero nunca lo votamos como tal. Sin embargo, ahora que llegamos a un acuerdo sobre las especialidades sería bueno que trajéramos algo armado para no votar en el vacío. Me refiero a traer algo ya incluido en el esquema para la sesión que viene, tomando en cuenta lo discutido hoy en lo que sabemos que hay acuerdo.

**SEÑORA OLIVERA (Est.)**.- Con respecto a las especialidades, habría que ver si ponemos algunas como obligatorias, porque consideramos que son necesarias, y dejamos el resto abiertas.

**SEÑOR RÍOS (Eg.)**.- Ese criterio ya fue aceptado. Las especialidades se envían al Consejo Directivo Central y después se decide cuáles serán las optativas.

**SEÑORA PRESIDENTA**.- Entonces, la Comisión de Plan de Estudios traerá para la próxima sesión algo más elaborado para ser discutido.

---

### Perfil del título intermedio

**SEÑORA PAULINO (Est.)**.- En cuanto al título intermedio, la discusión se centró en la propuesta que trajo el doctor Carbajal y la de los estudiantes y se armó la siguiente propuesta:

***“Licenciado en Salud Comunitaria***

***“Perfil***

*“El Licenciado en Salud Comunitaria es un profesional integrado al equipo interdisciplinario de Atención Primaria de Salud que, en un marco ético de solidaridad y servicio social, desarrolla tareas de promoción y educación para la salud y de prevención de enfermedades mediante la acción con el individuo, la familia y la comunidad.*

*“Realizará acciones de articulación interinstitucionales e intersectoriales para optimizar las intervenciones en salud comunitaria, con el objetivo de mejorar la calidad de vida colectiva.*

*“Favorecerá los procesos de referencia y contrarreferencia en la atención del individuo y la familia.*

*“En su función se concibe adscrito a un área geográfica y/o una población de referencia predeterminada.*

***“Competencias***

*“El Licenciado en Salud Comunitaria será capaz de:*

- Regir su conducta por los principios de ética médica.*
- Desarrollar habilidades y destrezas comunicacionales que le permitan relacionarse y mantener vínculos fluidos con la comunidad y sus referentes.*
- Trabajar en forma interdisciplinaria con los integrantes del equipo de salud.*
- Identificar los determinantes culturales, psicosociales y medioambientales en la salud comunitaria.*
- Participar en la confección del diagnóstico de salud comunitario.*

- Fomentar, conocer y participar en la elaboración de programas de salud locales (basado en el diagnóstico de salud) y en la evaluación de su impacto en la comunidad.
- Conocer los programas de salud nacionales y fomentar su ejecución y evaluación.
- Participar en el diseño, ejecución y evaluación de investigaciones epidemiológicas locales y programas de vigilancia y salud pública.
- Conocer los derechos del usuario y promover su defensa activa.
- Manejar herramientas metodológicas que fomenten la participación comunitaria.
- Conocer, manejar y aplicar técnicas y herramientas de Educación para la Salud, con la metodología pedagógica de la Educación Popular.
- Conocer y manejar herramientas de abordaje familiar y comunitario.
- Fomentar la realización y actualización de las historias clínicas familiares e individuales de su población adscrita.
- Coadyuvar al abordaje del individuo a lo largo del ciclo vital individual y familiar”.

Cuando nos juntamos con el resto de la Comisión de Plan de Estudios hubo otros aportes. Se planteó agregar tres puntos más, pero como no quedó claro a qué se referían no llegamos a un acuerdo. La idea era traer esas propuestas al plenario. Uno de los puntos era que en el documento no estaban incluidas las materias básicas. También se planteó incluir las habilidades y destrezas en el manejo de emergencias y primeros auxilios. Además, la profesora Candreva planteó el conocimiento y manejo de las enfermedades prevalentes.

**SEÑORA CANDREVA (Doc.)**.- Uno de los motivos por los cuales se planteó agregar esos puntos que se mencionaron fue porque se consideró que ese título podía ser otorgado también por la Facultad de Enfermería. Sentimos que faltaba el reconocimiento a esa profunda formación que recibió el estudiante de medicina durante esos cuatro años. Nos pareció fundamental poner que ese estudiante tiene un acabado conocimiento de las bases de las diferentes patologías. También se consideró fundamental el conocimiento de aparatos y sistemas en el hombre, que lo diferenciara de estudiantes procedentes de otras carreras que tuvieran el mismo título.

Ahora, al haber escuchado la lectura de la propuesta, no estoy tan segura de lo que planteamos porque tiene algunas cosas que sí lo diferencian. De todas maneras, hay que hacer hincapié en esa formación, para revalidar título a título o para acceder a otra carrera a partir de esa licenciatura. Eso le permitiría acceder, por ejemplo, a una Licenciatura en Biología Médica, cosa que no se podría hacer si no están bien elaboradas las competencias y destrezas.

**SEÑOR BIASOTTI (Est.)**.- Eso el estudiante lo va a poder hacer, aunque no estén las competencias, porque es un tema que está en el currículum. Las competencias no tienen por qué incluir cada cosa que el estudiante sabe sino fijar un objetivo y, con las herramientas que están en el currículum, llegar a él.

**SEÑORA CANDREVA (Doc.)**.- El otro día estuvimos desglosando punto por punto el perfil y se vio que este título podría ser parte de otras carreras.

**SEÑOR BIASOTTI (Est.)**.- El tema es que el currículum de la Facultad de Medicina proporciona un conocimiento mucho más amplio de otros. No tiene sentido incluir en el perfil todas las competencias del currículum, ya que se perdería el objetivo de este esquema que es mostrar las destrezas del estudiante en determinado punto de la carrera.



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE MEDICINA**

11

**SEÑORA GARCÍA (Doc.)-** Lo que se plantea está muy volcado a lo epidemiológico y queda desdibujado lo biológico. Podría ser un sociólogo o un psicólogo y no estaría mal si quisiéramos competir con esas áreas.

Aquí se plantea desarrollar habilidades y destrezas comunicacionales y me parece bien, pero no creo que sea un aspecto particular nuestro. Estoy de acuerdo en que hay que fomentar esas habilidades porque es un déficit que tenemos. Sin embargo, en esta propuesta se incluyen todas las debilidades del Plan actual. Se destaca todo lo nuevo que vamos a incluir pero no lo que ya tenemos. Me refiero, por ejemplo, a las habilidades y destrezas en técnicas y curaciones, así como la asistencia que tenemos no solo en la comunidad sino en los Servicios de internación domiciliaria. Estamos carentes de alguien que unifique eso, porque no se trata solo del paciente que viene a la policlínica. Está el paciente que no puede venir, por una cantidad de factores, tanto físicas como psicológicas. Hay pacientes psiquiátricos que no pueden salir de su casa por psicosis o fobias severas, o pacientes que pueden venir al hospital solo cuando cobran el Plan de Emergencia. Para todo eso debemos utilizar los conocimientos de lo biológico, que es una fortaleza que tenemos. ¿No se llegó a un acuerdo en lo que se había planteando sobre el practicante del Internado?

**SEÑORA LASSUS (Est.)-** Cuando empezamos a trabajar el esquema general y el título intermedio existía el practicante, aunque sabemos que ni siquiera tiene un perfil ni competencias específicas. Eso se dejó en el esquema como algo que podría seguir manejando el Ministerio y quedó en *stand by*. Lo que propuso la Comisión fue crear un título intermedio dado por la Facultad de Medicina, orientado con un perfil más comunitario, adecuado al nuevo sistema nacional integrado de salud que se quiere implementar.

Estoy de acuerdo con lo que plantea la doctora García sobre el aspecto biologicista que tiene el médico y que es real pero, en todo caso, tendríamos que rever el perfil del médico. Hay cosas que me importa destacar. Lo que hicimos en este título intermedio fue exactamente eso: planteamos un perfil con los conocimientos que queremos que esa persona tenga. Además, lo que se plantea sobre curaciones y emergencias son elementos que el egresado va a manejar. Si viene alguien con la rodilla lastimada, la persona va a saber cómo proceder, tenga o no el título, y no la va a dejar sangrando. Eso no lo diferencia de un estudiante de Enfermería, ya que este también sabe hacer esas cosas. Por lo tanto, si lo que se quiere es diferenciar ese título intermedio de lo que hacen los enfermeros no creo que lo de las curaciones y maniobras sea lo que nos vaya a diferenciar. Si la persona se quiere interiorizar en lo que es el practicante actual, podrá optar por eso. No estamos diciendo que no tenga que existir.

**SEÑOR DUFRECHOU (Doc.)-** Cuando se habló de título intermedio imaginé otra cosa. No me siento reconocido en esta enumeración un poco fatigosa de pretendidas competencias que se hace en la propuesta que se acaba de leer. No me siento reconocido en ninguna de las tareas específicas del médico. Yo pensaba en un Licenciado en promoción y prevención en salud, con aptitudes para trabajar en salud comunitaria pero también para abordar los problemas biológicos, en especial capaz de distinguir los factores de riesgo individuales que determinarán las patologías, que sepa manejar los aspectos de promoción de una nutrición adecuada, etc. En definitiva, que sea capaz de abordar al individuo para ayudarlo a prevenir y controlar que siga determinadas conductas para que lleve una vida saludable.

**SEÑORA LASSUS (Est.)-** Eso está puesto en el perfil.

**SEÑOR DUFRECHOU (Doc.)-** Puede ser que se me haya escapado, y por eso hablé de

enumeración fatigosa, pero no veo una sola referencia a la salud del individuo. En este esquema parecería que las enfermedades son cosas etéreas. No figura ningún factor concreto, biológico, que las determine. No hay ninguna referencia a lo que queremos prevenir.

**SEÑOR GUIMARAENS (Est.)-** Aquí se establece que la persona desarrolla tareas de promoción y educación para la salud y prevención de enfermedades mediante la acción con el individuo, la familia y la comunidad. Debemos imaginar qué va a hacer esta persona en su ámbito de trabajo. No va a actuar como un individuo. La educación para la salud y la atención en el consultorio la va a hacer el médico. Esta persona va a actuar más en la comunidad, en una escuela o haciendo talleres. Hay cosas que el estudiante va a seguir haciéndolas porque seguirá siendo estudiante de medicina. Lo de las curaciones e inyectables lo hará como médico, pero no si hacemos hincapié en el perfil comunitario que debe tener esta persona. Por eso es importante que aprenda a manejarse con un grupo, que es lo que falta hoy. Gente en las policlínicas diciéndole a las personas que no tienen que fumar o que deben tener hábitos saludables ya hay. Falta otra cosa.

**SEÑOR CHAVARRÍA (Eg.)-** Para hablar de competencias hay que saber qué significa eso. ¿Alguien sabe la definición de competencias? Las competencias se basan en el perfil que uno establece sobre una persona. Según la Unión Europea, las competencias se pueden entender como el conjunto de aptitudes, valores, conocimientos y habilidades personales, interpersonales, profesionales y organizacionales que faculta a las personas para desempeñarse apropiadamente como, en este caso, licenciado en salud comunitaria. Se trata del desempeño real de la persona demostrando qué sabe hacer. Se destaca que es tan importante saber qué investigar como saber cómo hacerlo.

¿Esas competencias están contempladas en el perfil? Aparentemente parecería que sí, aunque quizá falte algo vinculado con la habilidad. Yo estaría de acuerdo con esto, con algunas agregados respecto al enfermo en sí, como el tratamiento y seguimiento de pacientes en domicilio, maniobras diagnósticas y terapéuticas encomendadas por el médico tratante en pacientes en domicilio, y ejecución de maniobras indispensables en la atención inicial de las emergencias. Todo esto está vinculado con las habilidades.

**SEÑOR DUFRECHOU (Doc.)-** Es cierto que en el perfil dice que esta persona va a trabajar con el individuo. Sin embargo, las competencias no mencionan en ningún lugar que tiene que saber cuál es el origen de las enfermedades, cómo prevenirlas y actuar ante ellas. Me gustaría que entre las competencias se planteara conocer los factores etiopatogénicos que provocan las enfermedades de más incidencia en la población, según los distintos núcleos etarios, las formas de prevención, las técnicas de promoción de hábitos saludables, etc. También habría que reducir un poco los ciclos, cuyo número me parece sobredimensionado. Muchas veces no sumamos cosas y los ciclos están bastante diseminados.

**SEÑORA FOREN (Eg.)-** 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.



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE MEDICINA**

13

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.

**SEÑORA FERNÁNDEZ (Doc.)-** Estoy de acuerdo con lo que dijo la doctora García y con lo que planteó el doctor Dufrechou. En cuanto al tema del practicante externo, en el Claustro anterior ya se hablaba de esto. Allí el profesor Soria planteaba que debían estar contempladas otras cosas en el Plan de Estudios. La que da los títulos es la Facultad. En el caso de un título intermedio, el Ministerio va a contar con un registro y sabrá quiénes están capacitados para una tarea o para otra. Estoy de acuerdo con el planteo pero creo que falta incorporar otro tipo de herramientas intervencionistas.

**SEÑORA OLIVERA (Est.)-** En el perfil de este egresado habría que subrayar cuatro puntos. Uno es el de la comunicación, en el que tenemos un gran debe. Otro es el lazo que ese estudiante va a crear con la comunidad, trayendo y llevando elementos a la población, enlazado con el sistema de salud. También está el tema de la prevención de las enfermedades prevalentes, que debería estar más claro. Con respecto a las maniobras, es algo que deberemos agregar ya que constituye un debe de la Facultad con el practicante externo, más allá de que ese licenciado será un nexo complementario del equipo de salud.

**SEÑORA LASSUS (Est.)-** Lo que se consensuó fue esta propuesta que se leyó, pero quedó claro que había otros puntos que se quería agregar y que debemos discutir. No debe quedar la idea de que esto es el perfil y las competencias acabadas. Este debate le da una cantidad de elementos a la Comisión de Plan de Estudios para terminar la propuesta.

**SEÑOR KETZOIÁN (Doc.)-** Una guía útil podría ser ver qué ciclos cumplió el estudiante, ya que habrá adquirido competencias que podrán servir como insumos, fundamentalmente en las disciplinas básicas de los primeros años y en el ciclo de atención primaria en salud. Ahí estará incluida la semiología del individuo normal y del enfermo. Esas competencias son un capital que el individuo va a tener, que le darán un mayor peso. El trabajo que se presentó es excelente. Ahora hay que completarlo con los puntos que se plantearon en la discusión y nada más.

**SEÑORA PRESIDENTA-** Antes de comenzar la sesión se planteó que en esta asamblea se iban a aportar otros elementos. Se dijo que había tres puntos que iban a ser incorporados. La discusión de hoy ha sido buena ya que se aportó al grupo que hizo la propuesta los datos biológicos o vinculados a las enfermedades prevalentes. Ahora esperamos que los adjunten y para la próxima seguiremos la discusión.

Se levanta la sesión.

(Es la hora 15 y 30)