



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE MEDICINA

Asamblea del Claustro

Sesión ordinaria del día jueves

12 de octubre de 2017

ACTA N° 21

Versión taquigráfica

Preside el Prof. Dr. Óscar Noboa

ASAMBLEA DEL CLAUSTRO DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Sesión ordinaria del día jueves 12 de octubre de 2017

Acta N° 21

(versión taquigráfica)

Preside el Prof. Dr. Óscar Noboa.

ASISTEN:

Por el orden docente: Selva Alé, Francisco Coppola, Óscar Noboa, Sergio Bianchi, Mabel Goñi, Marcela Cuadrado, Catalina Pérez, Verónica Torres, Nora Artagaveytia, Andrés Trotschansky, Bernardo Bertoni, Cecilia Guillermo, Arturo Briva, Leticia Cuñetti y Adriana Cassina .

Por el orden de los egresados: Fernando Rodríguez, Edén Echenique, Jorge Montaña, Yamandú Bermúdez y Álvaro Cabrera.

Por el orden estudiantil: Natalia Pan, Mauricio Mendez, Sergio Pereira, Federico Figueredo, Ricardo Escobar y Lucas Baladan.

Actúa en Secretaría la Sra. Sara Carreras.

Claustro Abierto

Jornadas de evaluación del Plan de Estudios

Temas a discutir:

- 1. Ciclo Internado Rotatorio***
- 2. Inserción Temprana en la Clínica***
- 3. Descentralización***

SEÑOR PRESIDENTE (Noboa).- Habiendo quórum, está abierta la sesión.

(Es la hora 13 y 20)

Agradecemos a todos los que no son claustristas que vinieron a completar esta discusión que empezamos cuando se comenzó la organización de las jornadas institucionales en el Claustro. La profesora Verónica Torres jugó un rol fundamental en su coordinación y tal vez nos pueda contar cómo resumimos esa actividad, que la vamos a tener disponible en breve y después yo les cuento un poco qué es lo que pretendemos de esta actividad.

SEÑORA TORRES.- (Doc.) Todos los que fueron a las jornadas de evaluación del nuevo plan, saben que los estudiantes iniciaron este proceso y el Claustro lo tomó, el Consejo también las consideró de importancia.

El objetivo de las jornadas era poner a la vista, digamos, cómo iba a ser el nuevo Plan de Estudios, hacer propuestas, hacer una evaluación interna.

El Claustro estuvo trabajando varios meses en la preparación, se realizó en el mes de junio en una jornada exitosa con más de trescientos participantes, la Comisión de Estudios del Claustro lo organizó y trabajamos muchos. Luego quedamos en que debía quedar plasmado de alguna manera lo que se había discutido y el esfuerzo de estos dos meses de recopilar la información que teníamos. Los moderadores hicieron una relatoría de cada una de las mesas y cada expositor mandó sus diapositivas o un resumen de lo que había expuesto y eso lo estamos haciendo con un formato *e-book* que ya está pronto y va a ser expuesto la próxima semana, para que quede en la página de Facultad y del Claustro para poder acceder.

También habíamos plasmado algún juego para que vieran cómo se había organizado todo esto. Todos los autores nos dieron su material y hoy le vamos a sumar alguna propuesta que pensamos recoger de este Claustro Abierto, por eso no tenemos cerrado el librito. Para eso seleccionamos tres temas de las ocho mesas que tuvimos en las jornadas y esos tres temas que quiso trabajar el Claustro hoy son: los desafíos de la descentralización, el ciclo de internado rotatorio que ya lo había trabajado Bertullo y todo el grupo de ese ciclo con propuestas interesantes que ya estarían prontas para ponerse en marcha y la inserción temprana en la clínica, que sabemos que es una espina calcánea que tiene el nuevo plan de estudios, bastante irritante, que tiene muchas complejidades y tal vez entre todos podríamos ayudar con alguna propuesta o la elaboración de alguna medida que los que están participando en esos ciclos.

Desde acá, surgiendo estas discusiones, completariamos este librito con lo que se pueda discutir, y entonces quedaría la puesta definitiva en *e-book*, en página *Web* de Facultad y pensamos sacar, si alcanzan los rubros, algunos libritos publicados. Pensamos que el Consejo tiene que tener un acceso directo para que vean que las jornadas que tanto apoyó dando un día libre para concurrir, se plasman en algo. Pensamos entonces, que además del *e-book*, queden algunos libritos impresos para el Consejo, el Claustro, para Facultad, que todas las Cátedras puedan acceder.

Luego del esfuerzo de las jornadas, se logró esta publicación que va a estar accesible en breve, luego de los aportes de hoy.

SEÑOR PRESIDENTE (Noboa).- La intención nuestra es tener, cumplido el horario del Claustro, con participaciones concretas y acotadas sobre los tres temas que elegimos, que tal vez no podamos terminar su discusión, pero sacar insumos que le permitan al resto del demos generar modificaciones.

La profesora Alé va a realizar la presentación.

Taller de inserción temprana en la clínica

SEÑORA ALÉ (Doc.)- Voy a hacer una breve presentación de lo que ocurrió en el taller de inserción temprana en la clínica, que tuvo lugar en las jornadas institucionales que todos participamos y en su coordinación participamos, la bachiller Natalia Pan, la doctora Nora Artagaveitya y quien les habla.

Tenemos grandes esperanzas de que en este Claustro Abierto haya más definiciones y, por lo menos vislumbrar soluciones a este problema que no es ajeno a ninguno de nosotros, que ha preocupado muchísimo al demos de la Facultad y es el tema de la inserción temprana en la clínica, en función de las modificaciones que obligatoriamente, coercitivamente debieron establecerse en el plan de estudios en base a nuestras realidades. Es, decir, una cosa es la filosofía del plan y otra cosa es cómo debió y debe ser implementada y los problemas que de esto surgen.

Todos nosotros sabemos que la inserción temprana en la clínica va a posibilitar al estudiante de medicina una serie de ventajas, hechos positivos, establece las bases para su accionar profesional y por supuesto no solamente para el quehacer profesional sino también la integración básico clínica que tanto requerimos en los planes de estudios de hoy y para el futuro.

Esa integración a la currícula es fundamental y tenemos que lograrla.

¿Qué problemas hubo en la implementación del plan de estudios? Los problemas comenzaron un poco antes pero se hicieron notoriamente visibles en el año 2016 donde se implementó una disminución que fue progresiva para el tiempo dedicado a las actividades de capacitación temprana en habilidades clínicas, habilidades semiológicas, en vista de pacientes en los primeros años de Facultad de Medicina como se estableció en el plan, esta disminución se produjo en el segundo y tercer año de enseñanza en nuestra Facultad.

Posteriormente esta situación se agravó y en el año 2017, todos sabemos que se produjo la suspensión total de dichas actividades, permaneciendo las mismas en forma parcial únicamente para los estudiantes de primer año.

Fue visto por los participantes del taller como negativo y eso explicó que a ese taller hubiera una concurrencia importante de estudiantes y docentes de los primeros años, pero también de los otros años y de egresados. Lamentablemente no pudimos avanzar mucho en las soluciones porque sabemos que la base de estos problemas está en el déficit presupuestal sumamente importante que no permite implementar el plan tal como fue concebido y no va a permitir hacerlo, aparentemente, si seguimos en esta situación.

Lo que generó más discusión fueron los problemas éticos, hubo mucha relatoría, experiencias de sobreintervención, problemas que se suscitaron en distintos centros de salud, distintos centros comunitarios y por supuesto que nosotros no queremos eso porque no queremos establecer actividades con la sola actividad de enseñanza – aprendizaje de los estudiantes.

Lamentablemente es lo que llevó la mayor tiempo del taller, relatándose opciones alternativas y tenemos esperanzas que de este Claustro Abierto y de compañeros que se acerquen a futuro, podamos tener más opciones. Nosotros mismos tenemos más opciones, pero está solamente definido lo que se propuso allí.

No modificamos lo propuesto, que es la posible ampliación de los escenarios de aprendizaje, tanto en lo que se refiere a la descentralización universitaria, que es uno de los temas que vamos a tratar, como la posible inserción de los estudiantes en servicios privados. Esa fue una de las opciones alternativas que se plantearon, la otra es potenciar, dentro de las posibilidades presupuestales, las actividades de simulación, que sabemos que tienen un costo y los talleres que se desarrollarían no solamente en comunidad sino en otras alternativas válidas fuera de la comunidad.

Luego, la mayor participación de las distintas especialidades médicas y quirúrgicas, en la medida de lo posible, pero la búsqueda de la mayor participación en el primer trienio, lo que trae aparejado la profundización en las actividades de formación docente para todos los docentes, quizás un poco más para los más jóvenes, pero para todos nosotros para capacitarnos y profundizar en las opciones docentes alternativas para implementar este nuevo plan de estudios.

Para finalizar, decir que hubo acuerdo total entre los participantes, con respecto a los beneficios, para los estudiantes, de una inserción temprana en la clínica y de un contacto temprano con los problemas sanitarios en nuestra población.

También hubo unanimidad en cuanto al aprendizaje básico clínico, la integración vertical y horizontal de nuestra currícula. La articulación básico clínica es fundamental a los efectos de reforzar el primer nivel de atención enfocado a nuestro Sistema Nacional Integrado de Salud que era uno de los objetivos primordiales del plan de estudios en el momento que se creara.

Damos opción a participar a los compañeros y aportar sus ideas.

SEÑORA ARTETA (Doc.).- No participé de este taller pero es uno de los temas que me parece que debería encarar la institución en los próximos tiempos porque une varias cosas. Lo primero es que el SNIS no tiene rubros para formación de recursos humanos, como sistema, quizás debería tenerlos y nosotros tenemos estos problemas en la formación clínica en todos los niveles y también en el primer nivel de atención. Hoy tenemos también una forma de trabajo en los clínicos que afecta también, que hace participar a todos los niveles de atención y a todas las especialidades con cargos de más dedicación y sueldos mejores, tanto a nivel público como privado en el medio laboral, que la Facultad no acompaña, no lo ha podido hacer por temas presupuestales.

Quizás sea un proyecto ambicioso pero me parece que deberíamos encarar con las instituciones prestadoras, mutuales, básicamente, este problema como un único problema.

Quizás ellos deberían asumir y dedicar alguna porción de su presupuesto, el sistema como tal, en formación de recursos humanos. No es que no haya nada porque pagan sueldos de residentes, etcétera, sumado a que deberíamos tener, como hay en otros países, un sistema de cargos mixtos docentes y que trabajen en el sistema mutual donde puedan tener residentes y estudiantes de pregrado, tanto en el hospital de Facultad como en el sistema mutual del ámbito privado y eso ampliaría los escenarios. Sería intentar convenir con todas las instituciones prestadoras, en la proporción que tienen, algunas pequeñas y otras grandes, alguna forma de ampliación de lo que son las residencias en esos lugares y donde los estudiantes de pregrado puedan insertarse con docentes asociados o docentes de Facultad que tienen rol en esos ámbitos, que puedan optar, ampliar los escenarios. Creo que no hay otra solución, no hay nada para inventar, hay que hacerlo. Hay que tener voluntad y el dinero, pero creo que como está dada la estructura, si logramos que en los

cargos de alta dedicación de los docentes se incluya ese objetivo en el ámbito privado, ya tenemos un paso. Tenemos experiencias anteriores con la residencia, los pediatras tienen su experiencia que puede haber sido poca pero son los que más lo han hecho con estudiantes de pregrado en el ámbito privado.

Además, se soluciona uno de los problemas que es obvio: la numerosidad de estudiantes en un acto clínico, porque hay cosas que no se pueden hacer entre ocho, es de dos o tres como máximo para la enseñanza y soluciona el otro problema que es mucho más medular y es histórico de esta institución: nosotros sometemos, lo digo conscientemente, a la parte más vulnerable de nuestra población a que los estudiantes y residentes aprendan con sus cuerpos y sus mentes y no sometemos a otro sector de la población que está “protegida” de alguna manera. También a esa parte de la población le damos mucho, pero también la sometemos.

Me parece que hay que hacerlo, requiere de un compromiso institucional, reuniones con las más altas jerarquías del Ministerio, de las instituciones y creo que las conversaciones tienen que empezar ahora, para que se pueda concretar.

SEÑOR BRIOZZO.- Además de lo que se planteaba, yo creo que hay un propósito básico en la inserción temprana, que lo llamaría algo así como sensibilización vocacional. Es clave que el estudiante tempranamente vea cómo es la atención a los pacientes para ver si lo que quiere hacer es esto o es otra cosa. Eso lo sabemos todos.

Parecería que nuestra Universidad va a contrapelo porque todas las carreras lo que hacen es alejar al estudiante –y lo sé por experiencia con familiares y conocidos–, hay carreras que hasta los últimos años no tienen inserción. Ingeniería de los alimentos es un ejemplo icónico. La inserción temprana es un propósito central.

La experiencia que hemos tenido desde la Clínica Ginecológica A desde el año 2010, que estoy a cargo, ha sido muy exitosa con respecto a los centros docentes asociados que teníamos tanto en el interior como en Montevideo y como decía la profesora Arteta, a nivel público y privado. A nivel público en el contexto del programa de fortalecimiento de los recursos humanos con ASSE y a nivel privado con convenios o sin convenios que hacen que tengamos tutores acreditados desde la clínica como médicos colaboradores o docentes asociados que ofician de tutores directos en la formación de residentes.

Yo creo que sobre esa experiencia podría montarse una estructura académica que convocara a todos los tutores para tener la capacidad de recibir estudiantes de pregrado al inicio de la carrera en pasantías que fueran no muy extensas en el tiempo, pero que se sistematizaran las tareas con los estudiantes que fundamentalmente sería una actividad observacional, nadie va a pedirles que participen en lo asistencial, pero sí de modo observacional. Creo que estimularía a los docentes que tenemos trabajando en esos niveles. Quizás no sea de gran brillo académico pero es muy importante y estimula mucho, sobre todo en el interior, la recepción de estudiantes. No creo que sea complicado hacer convenios a nivel institucional con las Intendencias o a través de los Ministerios.

En casi todos los departamentos, eso lo sé bien, hay lugares donde podrían quedarse y además de la experiencia humana en esas pasantías, desde el punto de vista formativo sería muy bueno hacerlo.

SEÑORA GOÑI (Doc.)- En primer lugar, creo que si, tenemos que ser creativos y pensar otros escenarios. Lo que sí tenemos que tener en cuenta es la numerosidad de estudiantes que tenemos en el primer trienio y si bien en cuanto al escenario se puede ser creativo y buscar, tenemos que saber qué es lo que queremos, qué es lo que queremos incorporar a ese nuevo plan, cómo lo vamos a incorporar y quiénes vamos a participar. Más allá de que, y en eso estoy de acuerdo con la profesora Arteta, tenemos que buscar escenarios, tiene que ser algo homogéneo en cuanto a lo que hagamos.

¿Qué es lo que queremos modificar, mejorar, apoyar a las cátedras que fueron las encargadas? Porque parecería que se necesita apoyo, pero qué es lo que queremos, quiénes vamos a ser los actores y por último el escenario. Creo que tiene que haber algo unánime para dar respuesta a los mil y pico de estudiantes. Hay que pensar algo que sea similar en los escenarios. Tal vez haya que hacer una revisión del plan en este punto y ese punto de contacto con el paciente cómo lo vamos hacer y entre quiénes.

SEÑORA PIREZ (Doc.)- La mayoría de los docentes y estudiantes marcaban como muy importante esto a lo que se refería el doctor Briozzo, que no deberíamos volver atrás y que no se abandone la inserción temprana. Porque eso sí, trabajamos mucho en el Claustro para saber qué había pasado con los estudiantes que luego no habían continuado la carrera de medicina, es bastante probable que, como lo teníamos planteado en el plan, la inserción temprana en la clínica hizo que derivaran hacia otras posibilidades dentro de la Universidad. En eso hubo acuerdo, Creo que es un punto medular.

Como dijo la profesora Goñi, tenemos que tener claro qué queremos. Recuerdo a un estudiante que dijo que había ido a una guardia y fue suficiente haber podido conversar con un paciente que tenía una infección por VIH para que volviera a la comunidad con una visión absolutamente distinta de un tema del que no sabía ni de qué se trataba.

Fue un taller difícil. En cuanto a los recursos humanos, habría que buscar otros escenarios y otros recursos, pero sí volvimos al tema de que a lo mejor hay recursos en Facultad que pueden colaborar. Se habló de cuando se empezó a implementar el plan, la propuesta de que por cada interno hubiera un alumno que podría ser, en el primer nivel o en una urgencia, ahí tendríamos la posibilidad de que otros docentes de emergencia, de cirugía, gente que estaba bastante más alejada –cuando se habló de cirugía se armó un poco de revuelo– hubo ideas y no llegamos a plasmarlas, es cierto, existió un proyecto de que los alumnos podían ir en diferentes turnos.

Lo que quedó claro es que queríamos rescatar la inserción temprana como algo clave y volver a que el tema de los recursos y los escenarios, había que buscarlos afuera pero también buscarlos adentro.

SEÑOR ECHENIQUE (Egr.)- Para agregar a la presentación, coincido con los puntos expuestos por la doctora Alé en la presentación de los problemas centrales planteados en cuanto a este tema, y los problemas que afectan indudablemente el resultado final que pretendemos en la formación del médico en atención primaria.

El eje de la carrera tiene que ser la clínica, no podemos tener esa dicotomía entre lo básico y lo clínico con una frontera que hay que pasar la aduana y al suprimir este año la inserción temprana en la clínica, estamos prácticamente haciendo otro plan de estudios y volviendo atrás muchos años, tendiendo a un producto final que no es el que queremos ni lo que el país necesita para el nuevo modelo de atención que se pretende y se requiere.

Como decían las profesoras, coincido totalmente, es un tema central que debe estar en la preocupación de nuestra Facultad todo el tiempo. Como dijo el profesor Briozzo, se han planteado soluciones, por ejemplo en la clínica ginecológica donde se ampliaron lugares donde desarrollar la práctica clínica.

Creo que el conflicto ético empieza cuando toda la enseñanza la hacemos en los hospitales públicos, ahí hay un problema ético por qué debe ser el paciente de Salud Pública y mientras tanto todo el resto de los pacientes nunca ven un estudiante. ¿Por qué tiene que ser así? Ese es un conflicto que

por ser tan común no lo visualizamos. Y se agrava mucho más porque a ese paciente le ponemos diez o quince estudiantes y año tras año vienen a hacerle las mismas preguntas.

Partir de la base de que sí, que debería existir, al igual que las UDAs con el sector público, con el sector privado, es un camino.

El otro camino es la descentralización que ya mencionó el profesor Briozzo. Existe una gran parte de la carrera de medicina en el CENUR Norte y creo que eso se debe concretar a la brevedad, poder desarrollar la carrera de medicina allí, lo que ofrecería nuevos escenarios, concretarla en su totalidad, apoyando lo que sea necesario y seguramente apoyar tanto en Salto como en Paysandú con actores locales; habría recursos para eso. Eso es algo que está ahí, que debemos implementar.

El tercer aspecto son los factores tecnológicos, no toda la práctica clínica ni toda la semiología tiene que ser con pacientes, puede ser con sus compañeros, como se hace en muchos lugares, que aquí también se intente, con simuladores y a través de las posibilidades que ofrecen las TIC.

Creo que esas serían las tres vías de salida que tenemos que intentar.

SEÑOR PRESIDENTE (Noboa).- No tenemos mucho tiempo, tratemos de concretar. Pensamos que se dedique media hora a cada tema.

SEÑORA CASSINA (Doc.).- Simplemente quiero hacer una reflexión a quienes de alguna manera tenemos que resolver este tema. Estoy de acuerdo en que el eje de enseñanza de la medicina tiene que tener una aproximación temprana a la clínica, pero la experiencia tiene que ser positiva para el estudiante. Eso es lo primero.

Esta inserción temprana implica jóvenes mucho más inmaduros en su formación, donde también es muy importante que aprendan la biología humana normal para después resolver lo alterado y en ese conjunto todo tiene que funcionar muy bien y muy bien guiados; porque no tomamos residentes ni jóvenes que están terminando su especialidad, por lo que cuando pensamos este diseño, está bien expandirnos en un montón de servicios, pero también hay que pensar en el rol del docente que va a conducir esto.

Era un poco lo que estaba pensado, ellos tenían docentes que los iban a guiar e iban a tener siempre el mismo docente, o sea que, es un poco delicado, tenemos que estar muy atentos a ese proceso. Que estos jóvenes de tercer año, porque esa es la idea, que en tercer año, donde comienza su formación

los vamos a guiar, porque no es ir a ver el enfermo en la cama, no es eso. Es comenzar un proceso de aprendizaje.

Creo que lo tenemos que pensar desde el estudiante, esa es la reflexión.

SEÑORA CLARA NIZ.- Estoy de acuerdo con lo que se ha dicho, pero creo que requiere buscar varias alternativas porque sin duda la expansión a lo privado es una alternativa bien válida que además resolvería la inequidad y además nos enfrentamos a una población que tiene determinados problemas de salud y aprende eso y después cuando empieza a ejercer se enfrenta a otros problemas que nunca se enfrentó. Tiene otras caras el tema.

Favorecería además la descentralización porque siempre pensamos en la descentralización en el norte, pero también hay que pensar en Florida, en San José, más cerca. Si se puede expandir a lo privado, traería la posibilidad de descentralizar

También estoy de acuerdo con el buen uso de las TICs porque en realidad, cuando decimos inserción temprana es muy diverso, puede ser simulación, aprendizaje con pares, puede ser participación en el proceso asistencial. Y ahí puede estar la diferencia. ¿De qué estamos hablando con inserción temprana? ¿de simulación, de un taller de discusión de casos o estamos hablando de participar de procesos asistenciales? De enfrentarse al paciente real con sus problemas y vulnerabilidades. Tal vez tenga que ser progresivo.

SEÑOR SCHELOTTO.- Me parecieron muy importantes todos los aportes, muy valiosos. Al parecer en nuestra sociedad que está invirtiendo mucho esfuerzo y dinero en un sistema de salud nuevo, que intenta ser nuevo, hay recursos que aparentemente son escasos. Siempre estamos buscando que haya más inversión en salud, no los hemos conseguido este año, pero no debemos abandonar la idea y estamos viendo que el Ministerio de Salud Pública, el gobierno, al parecer tiene intenciones de retomar la línea de del desarrollo del sistema de salud y están retrasadas en su conducción, de modo que esta puede ser la oportunidad de incluir en el desarrollo del sistema de salud, aspectos que, como se decía, no han estado incluidos desde el comienzo, ya desde el texto de la ley. Como la necesidad de que todo el sistema de salud sea ámbito de aprendizaje y no solo de los médicos sino de los miles de técnicos en salud que se requieren para el funcionamiento del sistema.

Parecería que hay un intento actual de retomar líneas de desarrollo importantes del sistema y hoy lo vi, incluso en la prensa, el Ministro y otra gente

embarcados en reactivarlo. Me parecieron plazos excesivamente laxos para lo que aspiramos.

SEÑOR PRESIDENTE (Noboa).- Estamos cumpliendo con el tiempo que nos propusimos. Voy a hablar de algún detalle.

Creo que en cuanto a los lugares de práctica, hay que ponerle mucho énfasis a la formación de formadores. No es posible, porque ya lo hemos visto fracasar en muchos ámbitos, enviar a alguien a una tarea que no esté bien sistematizada en su práctica, pasa en muchos lugares, que la gente está acostumbrada a que su visita es “volante” y eso hace que un individuo puede quedar solo en una mutualista y no es lo que se quiere.

Este componente tiene que estar oficializado, presupuestado y claramente establecidos los objetivos de lo que se va a hacer en esa etapa. Un poco lo que decía la profesora Cassina, que hay que contemplar la etapa donde está el individuo.

El tercer tema es:

Taller de internado rotatorio

Fue un taller muy rico y por suerte nos acompañan quienes participaron fuertemente en ese taller y los elementos clave, ellos me podrán corregir, parece unánime que es un ciclo fundamental en la carrera, que hace una diferencia importante en la formación de los estudiantes de grado y que requiere algunas preguntas sistemáticas como la prueba escrita, su validación y si existen límites que pueden exigir la pérdida de esa prueba y por lo tanto la opción de ingresar. Ese fue uno de los problemas que se plantearon.

La evaluación académica de los espacios de práctica en el ciclo, que refiere al tema, es decir los lugares adonde van internos, cómo se evalúa a la gente que recibe a esos internos y a los espacios de práctica; si debe existir un programa sistematizado de aprendizaje que pueda ser evaluado. Cómo se integran habilidades, destrezas y saberes y si debe existir una evaluación final como en otros ciclos, más allá de la evaluación continua que se realiza ahora.

Creo que esos son los temas fundamentales, hay algunos temas que se han asociado a actividades específicas. Que sean saberes o habilidades que se aprendan específicamente en el ciclo y ahí se mencionaban los cursos de reanimación cardiopulmonar avanzada, pediátrica y de adultos, es una síntesis muy apretada pero deja abiertos esos aspectos, evaluación de lugares de práctica, evaluación del proceso y la prueba de selección y sus capacidades.

SEÑOR BERTULLO.- El ciclo me pareció interesante, creo que tendría que tener más valor sobre todo en cuanto a proceso de formación.

El problema mayor siempre es la falta de recursos, es un ciclo que se ha mantenido con la misma estructura durante años cuando todo cambió. Hubo cambios culturales, cambios a nivel de la asistencia y eso no se reflejó en el internado y creo que ha llegado a un punto en que ciertas cosas son complicadas para su funcionamiento. A eso se le suma que depende de múltiples organizaciones con distintos funcionamientos, donde a su vez se diluyen las responsabilidades. No sé si lo expreso claramente, pero es lo que sucede.

Puntualmente, este año ASSE empezó a controlar la acumulación horaria de cargos públicos. Nosotros establecimos, para poner un poco de orden, que los mínimos sean de 36 horas, se hacen de 24. ASSE ahora, que se le observó esto, estaba pagando 24 cuando se hacían 36 horas. Se está revisando todo eso y nos genera modificaciones en el funcionamiento y exigencias a todas las organizaciones que participan.

Cuesta mucho cambiar esa estructura. También el cambio cultural de los internos, antes se veía mucho más vocación por terminar de formarse en ese ciclo y ahora se ve ese ciclo como un área de pasaje. Si quieren verlo reflejado, tengo más de setenta pedidos de exoneración y por los criterios que usamos para exonerar en el interior, van a exonerar por lo menos sesenta, o más si no siguen sumándose. Cosa que antes no ocurría.

El tema de la evaluación, más allá de haya una prueba final del ciclo, es si no tendría que haber una prueba certificadora de la carrera como hay en otras carreras de medicina a nivel del mundo. Algo que certifique al médico profesional en el Uruguay y también para homologarla en el exterior.

SEÑORA PERENDONES.- En lo personal y con el profesor Giachetto con quien hemos compartido en los cuatro años el concurso de internado obligatorio, hemos tenido la percepción, todo el grupo que trabaja en esto, de que las cosas no van bien, por decirlo de alguna manera.

Se llama concurso de internado obligatorio, como tal uno piensa que debe tener bases de ingreso, la realidad es que todos los que se presentan quedan habilitados para hacer el último año, entonces, lo que debe ser un concurso, no es tal. A su vez, como es el último año del ciclo, decimos para qué hacer un concurso si es un ciclo y como ciclo debería evaluarse al final del mismo. Entonces es una dualidad.

Están dispersos geográficamente en múltiples sitios donde el nivel de evaluación de todos estos ciclos no es igual, se le suma que tienen un pago y ahora se percatan de que los horarios no son iguales y que estaban incurriendo en omisiones o abusos, por así decirlo.

En lo personal, me da vergüenza que se entreguen pruebas totalmente en blanco, que de seiscientas personas siempre encontremos pruebas en blanco, de una especialidad entera o de varias y esa gente igual entra. Estamos hablando de 10 preguntas de líneas medulares de medicina, cirugía, medicina familiar comunitaria, pediatría, ginecología, temas que además se preguntan cosas que debe saber quien va a ser médico general, no una especialidad y nos entregan hojas en blanco con total impunidad.

El año anterior este tribunal hizo una nota al Consejo planteando esta situación que veíamos con asombro y pese a eso se mantuvo en este año la misma situación.

Creo sinceramente que deberíamos plantearnos si es un concurso y como tal se les abona y el número de cargos por el que se abona, bueno, entonces pongamos las bases de un concurso real y que por lo tanto, se tengan criterios con puntajes de eliminación como cualquier concurso al que uno se presenta donde unos quedan primeros y otros no y si los cargos son veinte, el veintiuno quedará afuera y tendrá que presentarse el siguiente año.

Si consideramos que es el último año del ciclo, hagámoslo como tal y cambiemos la estructura y que el ordenamiento por el cual elegir esté basado en su escolaridad o a una suerte de monedita que se tire, que concurren y se evalúe al final del ciclo. Donde además se deben programar actividades para todos.

En el taller también se habló de que llama la atención cómo llegado el final del internado, la tercera o cuarta rotación, quedan centros asistenciales que son de la Facultad de Medicina, totalmente desiertos.

Por ahí algunos de los asistentes al taller, estudiantes, decían “nos usan para la asistencia”. Yo creo que no es usar, si uno opta por esta profesión, empieza a trabajar en equipos y en un equipo depende uno del otro, como en el fútbol. Si tenemos el equipo armado y uno se prepara, sin duda la formación de todos sale mejor. Todos aprendemos de todos.

Yo preferiría planear porque como están las cosas, tal vez en la primera rotación los tengo, y a la tercera y la cuarta no tengo a ninguno como sucede actualmente porque prefieren exonerar lugares donde pueden aprender

distintas cosas por distintas razones, o eligen otras porque están más cómodos, no importa porqué, pero así están las cosas y eso perjudica, sin duda, a mi entender, al estudiante y al servicio que lo recibe porque no hay continuidad.

SEÑOR COPPOLA (Doc.)- La discusión del internado me parece muy interesante con relación a la discusión anterior porque estamos hablando de lo que es la didáctica de la medicina. Cuando se inicia el internado, se va a centros donde los reciben tutores que no son tutores porque hay centros del interior que no están acreditados, no hay un sistema homogéneo, etcétera, etcétera.

A pesar de todas estas enormes dificultades, es lo más parecido al aprendizaje basado en la resolución de problemas, al contacto con la clínica y a la descentralización en Facultad de Medicina.

A pesar de todas estas enormes dificultades, desde el punto de vista académico de que no haya centros acreditados y el tema de la evaluación en los ingresos, a pesar de todos esos defectos, es el mejor momento para ejercer la medicina.

Creo que el internado debe ser mejorado, debe ser defendido, debe extenderse la acreditación y la evaluación, pero hay que sacar conclusiones en cuanto a la discusión anterior, yo llegué tarde, hay que resistir a la tentación fácil de abandonar el internado. Ese es el camino, hay que mejorarlo, hay que hacerlo bien. A nosotros nos exigen la enseñanza de posgrado la acreditación de los centros, pero nadie nos exige, para enviar a los internos, la acreditación de esos centros.

A pesar de todo, de ser mandaderos en algunos centros, el aprendizaje es satisfactorio y es de allí de donde tenemos que sacar las conclusiones.

SEÑORA ARTETA- Quería decir algo parecido, en cuanto a aprender del internado. La esencia del ciclo es lo que después todos valoran. La esencia que es el aprendizaje de medicina haciendo medicina; no estando en un balcón mirando como otro hace medicina. Porque de todas maneras en todo el ciclo hay numerosas instancias donde el individuo es responsable de algo. Cuando es responsable de algo genera un aprendizaje significativo y ese proceso es procesado mal, más o menos o bien. Hay que mejorar la experiencia pero en realidad es lo más cercano que tenemos a la práctica preprofesional.

Es verdad, se han desvirtuado muchas cosas que eran fortalezas.

Creo que el camino es profundizar las cuestiones buenas que tiene el internado, de todo punto de vista, incluso el pago que implica una responsabilidad diferente. Todo esta pensado en lo esencial. Cómo lo hacemos, cómo lo evaluamos, todo eso es lo que deberíamos mejorar.

Cuando hablo de ampliar los escenarios de enseñanza, no necesariamente se deberían ampliar los escenarios para los estudiantes que están en tercer año, quizás nosotros, como institución, ampliamos los escenarios y después resolvemos adónde mandamos a los estudiantes que son mas vulnerables y queremos tener más cerca y a cuáles podemos darles la rienda más larga.

Entonces, ampliar los escenarios hacia el sector privado en un sistema que podemos crear y que contemple estos aspectos que nombré.

SEÑOR GIACHETTO.-No voy a repetir cosas que ya se dijeron; lo que dijo la profesora Mercedes sintetiza el pensamiento de los que hemos trabajado en este ciclo. Sí quiero rescatar alguna cosa que intentamos hacer y que contiene lo que decía el profesor Coppola y la profesora Arteta, que es un ciclo que hay que mejorar y fortalecer.

Ese es el verdadero ciclo de práctica profesional que tenemos. Tenemos que tener ese espíritu constructivo y me parece que ahí hay datos muy importantes. Por ejemplo si analizamos, y sé que los que saben mucho de enseñanza me pueden explicar, pero nosotros hacemos una prueba de ingreso, que ahora se llama concurso y no debería ser una prueba de ingreso por concurso, deberían ordenarse por escolaridad, pero es un pensamiento que puede discutirse.

Si miráramos pruebas que se hicieron los últimos años, tenemos datos objetivos de cómo llegan los muchachos a ese ciclo que es el final de la carrera y las enormes deficiencias de conocimiento que tienen. Porque las preguntas que hacemos son básicas.

Entonces, cuando miramos eso, no tengo datos anteriores porque no hemos hecho el análisis, pero me parece que hay un deterioro año a año bastante importante. Ahí tenemos algo para contrastar y pensar que estamos haciendo algo mal.

Hay una información útil para mirar y mejorar, qué estamos enseñando, cómo se enseña.

Lo otro que me parece importante es que si es un ciclo, la práctica final preprofesional, tiene que tener un programa. Los lugares donde se desempeñe, las cosas que tiene que aprender.

No es posible que no tengamos un programa de internado ni cómo se evalúa.

El ciclo que involucre a los privados me parece muy bueno, tenemos internos hace bastante tiempo, se los recibe de muy buen grado, se trabaja muy bien, pero es cierto que nade pregunta qué hacemos con ellos. Es un enorme problema porque si uno mira cada lugar, tendría que preguntarse qué se exige de ese centro para ver qué tienen que hacer los internos en cada lugar y eso también parece crítico.

Creo que hay que transformarlo en un ciclo y como ciclo los estudiantes entrarán por orden de escolaridad que es el objetivo que tenemos durante el curso; tiene que haber un programa bien definido y lo tendremos que discutir en base a las competencias clínicas que se necesitan y tiene que haber una evaluación final, es imposible que no la haya.

Tiene que pensarse esto enlazado con las residencias, con los posgrados, porque muchos de ellos en las últimas rotaciones ya están pensando en la especialidad que van a hacer y nosotros, de alguna manera podíamos enlazar la formación de grado con la formación de posgrado, si da créditos o no. Esas cosas que en otros países existen y tal vez tiene un plus para ese ciclo.

SEÑOR BIANCHI (Doc.).- No iba a hablar pero me parece importante remarcar el tema que puntualizó Cóppola. Me parece que el gran problema que tiene Facultad de Medicina con el ciclo internado rotatorio y con otros ciclos también es el tema de evaluación de los lugares adonde mandamos a nuestros estudiantes. La acreditación del lugar es el tema fundamental para mejorar los otros aspectos.

Hay estudiantes, como dijo la compañera, que dicen: “me usan en este lugar.”

¿Qué hace la Facultad cuando un estudiante dice que lo usan en algún lugar? No hace nada. Tal vez es verdad que lo están usando, porque una cosa es integrarse a un equipo de salud y otra cosa es ser usado por el equipo de salud. Y no se hace nada desde hace muchos años, veinte años. Me pasó a mí cuando era interno, hubo dos lugares donde estuve solo con mi

compañero interno y el médico jefe de guardia no salía del cuarto médico durante la guardia.

No hacemos nada y después nos rasgamos las vestiduras diciendo ? ¿cómo no vamos a evaluar a los estudiantes? Primero vamos a ver adónde los mandamos y si eso funciona bien, la evaluación del ciclo del internado obligatorio, es lo más fácil de evaluar. Tenemos a un estudiante que en teoría está integrado a un tutor por lo menos y muchas veces rodeado de más de un docente y lo veo seis veces por semana por lo menos durante tres meses. En una evaluación continua sería eso se puede hacer. Para eso, vuelvo al principio, tenemos que mandarlos a lugares donde se hagan evaluaciones serias y que los formen. De eso somos responsables nosotros.

SEÑOR BRIVA (Doc.)- Estoy de acuerdo con lo que se ha dicho, no tenemos presupuesto para hacer lo que queremos hacer y a veces nos engañamos diciendo que estamos buscando alternativas y que tenemos opciones, cuando una de las opciones no existe y voy por el camino que me va quedando y muchas veces no podemos controlar la calidad de lo que estamos haciendo.

De la misma manera que ahora nos cuestionamos el rol de la prueba del internado, esa prueba es funcional a la necesidad de ordenar quién va a qué lugar en qué momento del año. No está diseñada para saber quién sabe más o quién sabe menos.

Me da miedo que cuando hablamos de la opción de ir a lo privado, de buscar alternativas, y las tecnologías de la comunicación, estamos ignorando lo que planteamos desde el principio, que no tenemos el dinero ni la estructura para hacer lo que queremos, porque esas opciones nos van a obviar la necesidad de tener un cuerpo docente formado dentro de la Facultad o afuera, que vea a los estudiantes en el hospital público o el privado, que tenga la formación y la estructura, porque si hay algo que diferencia al hospital público de la mutualista, no es solo el poder adquisitivo de los usuarios, sino que tengo un cuerpo docente pasando revista, y la experiencia la conocemos todos cuando en el privado han querido ensayar el ateneo. Parece una entelequia imposible de organizar, en el público lo podemos hacer con la misma gente que en el privado, y allí no se puede organizar un ateneo.

Entonces es: cuerpo docente haciendo de cuerpo docente, recibiendo sueldos para hacer docencia. Docencia que implica, además de estar actualizado y realizar investigación, también hacer docencia. En la medida que no tengamos el dinero ni los recursos, nuestras opciones van a ser de peor calidad, no tendremos chance de controlar; estar en lugares que no queremos,

tomando opciones que no queremos y no tenemos otra salida más que seguir adelante. Porque después la otra opción es decir no al internado. Entonces no.

Tenemos que tener claro que necesitamos docentes que puedan hacer docencia en los lugares donde estén y no pedirles otras cosas.

SEÑOR BRIOZZO.- Es un ciclo esencial, Carlevaro mencionaba una metáfora al respecto. Es un ciclo de pasaje y en los sectores hegemónicos que hemos diseñado, son dejados de lado, como si fuera un ciclo cenicienta.

En esta discusión que tenemos que hacer ya de la ley de residencias médicas, la solución viene siendo la misma; como Facultad capitalizar el Sistema Nacional Integrado de Salud, por eso me parece importante la proyección política de esta evaluación. Lo que tenemos que hacer no es tener un formato único sino tener múltiples formas en todo el sistema integrado con docentes que hayan dado concurso, docentes asociados o colaboradores pautados como tales y allí donde haya residentes que se sigan formando, van a tener que estar en todo el país, sino no se cumple la ley.

Por lo menos ahora hay una comisión nombrada, y en ese contexto, que haya estudiantes de pregrado e internos.

Yo no tengo dudas de que las instituciones privadas van a querer tener estos dispositivos por una sencilla razón, ya se está demostrando en el número de cesáreas, en aquellos lugares donde se involucra la Academia, mejora la atención y esta cuestión tan importante, que es un objetivo nacional, el de disminuir las cesáreas ya se está logrando. Va a avanzar, yo creo que desde Facultad tenemos que prepararnos para hacer una gestión política intensa desde el sistema, para abrir estos lugares que deben estar técnicamente avalados por la Facultad de Medicina.

SEÑOR PRESIDENTE (Noboa).- Un solo aspecto que fue mencionado, tanto por los profesores como por los estudiantes, es el valor preparatorio de la prueba, anticipatorio de los problemas a los que se van a enfrentar, sobre todo en Emergencia. Ese aspecto de formación no formal, los encares, la preparación sistematizada de respuesta diagnóstica y terapéutica a situaciones de urgencia, es un valor que ven los estudiantes cuando preparan la prueba.

Ese aspecto no queda muy bien cubierto por otros aspectos de la carrera, de cuando se prepara la patología u otro aspecto. Y es algo que da herramientas de seguridad para hacer *triage*, para tener la primera experiencia de asistencia en una emergencia que tengo entendido, es el mayor estrés que

vivimos todos cuando empezamos. Cuando estoy acompañado si, pero a las tres de la mañana... solito. Esa situación me parece que hay que congeniarla. Yo no viví las experiencias que vivieron otros compañeros, de frustración de que me presenten pruebas en blanco, creo que ese estudiante tiene que perder. No sé qué reglamento hay que invocar, pero tiene que perder.

-(dialogados)-

Pero es una discusión teórica y sé que genera problemas reglamentarios. Me parece que la solución no es sacar la preparación para entrar en una dinámica que además, no hay motivador más importante para el estudio que saber que voy a estar solo a las tres de la mañana.

SEÑORA PAN (Est.).- Voy a ser muy breve porque ya se dijeron muchas cosas con las que estoy de acuerdo. Me parece que yo no sacaría la prueba de ingreso al internado justamente por lo que decía el profesor Noboa, no es lo mismo entrar a un ciclo de tal magnitud y tan esencial en la carrera habiendo preparado la prueba, habiendo revisado todos los conocimientos adquiridos tal vez tres años atrás, la preparación es totalmente distinta... y ante el hecho de que se entreguen pruebas en blanco, habría que discutir. No estoy diciendo que estoy a favor ni en contra., tengo una opinión formada sobre eso, prefiero no compartirla, es muy personal.

Me parece que la Facultad tendría que cambiar la forma en que los estudiantes ven el internado. Antes se tenía al internado como algo esencial, como la parte más importante de la carrera y ahora muchos estudiantes lo ven como un trabajo antes de recibirse y tal vez por eso han aumentado los pedidos de excepción para el interior. Me parece que la Facultad debería discutir este ciclo en profundidad. Se han discutido muchos ciclos, muchos cursos se han modificado, se han mejorado, pero nunca hemos discutido el internado.

Tal vez desde la coordinación y de la dirección de carrera tendríamos desde ya que empezar a ver qué va a pasar con el internado del año que viene y poner algunas pautas que se tienen que cumplir. Obviamente mejorar las evaluaciones en cada rotación. Por ejemplo, para este internado se pide que pasen por dos centros académicos que antes ni siquiera eso sucedía. También analizar los lugares de rotación, me parece que no puede pasar que queden lugares libres y se llenen otros lugares como centros privados, centros que no son académicos.

El año que viene el número de estudiantes que va a ingresar es mucho mayor y va a ser todo un desafío. Me parece importante empezar a verlo desde ya.

SEÑORA PIREZ (Doc.)- Quiero agradecer la convocatoria a este Claustro Abierto porque se han hecho aportes importantes. Me alinea a que este es el año de oro de la Academia; está en nosotros cambiar las circunstancias. Todas las ideas fueron buenas. Me alinea más con la idea de que el estudiante tiene que entrar con algunos saberes al ciclo más importante. En alguna época, en Pediatría por ejemplo, recuerdo, era con actores del sector privado, se les exigía que hicieran un curso mínimo de reanimación y eso se hizo para la residencia.

Si va a entrar al internado, tiene que tener una capacitación mínima en las cosas que se supone tienen más reparo: reanimación, prescripción de medicamentos, que es muy malo lo que hicimos en estos años y les pido formalmente a los miembros de la comisión, porque nosotros solamente los podemos evaluar dentro de este ciclo. Si hay alguien que puede evaluar un año, otro año, dentro de un ciclo, hagámoslo. No podemos comparar este ciclo con el anterior, o sea, si nuestro producto se puede evaluar con esto, no le carguemos al internado creyendo que una prueba de ingreso va a solucionarlo.

Yo estaba más de acuerdo con la propuesta de que hagamos algo antes. A mí me preocupa quien sale a trabajar después sin ninguna supervisión. Tomo lo del programa, de que en cada semestre se pueden poner evaluaciones finales o que haya una evaluación final. Y para este ciclo de formador de formadores, comparto que a lugares no habilitados con gente que no sabe cuál es su misión, no se puede ir.

SEÑORA TORRES (Doc.)- Estoy de acuerdo con muchas cosas, pero también en desacuerdo con otras que se dijeron. Cuando un estudiante se recibe, se recibe de Doctor en Medicina. Nosotros le damos ese título con el que va a ir a ejercer de médico. Eso resume la importancia que tiene el internado.

Realmente creo que es el ciclo más importante, porque no se está dando concurso, que una prueba en blanco se dé como aprobada, no es un concurso, pero si se habilita a un estudiante con el título de Doctor en Medicina cuando egresa, y con eso ejerce como médico en otros lugares, eso no le da título para ejercer de médico, se le exigen otras actividades para ejercer, como ser una residencia y otras cosas para poder empezar a ejercer. Entonces, en esa disyuntiva, en esa cosa extraña que es darle un título... pero el ejercicio de la profesión es otra cosa, creo que ya resume la importancia que tiene la

formación en la práctica médica, como es este ciclo, que es la prueba de inicio para un estudiante que no es un adolescente, es un adulto, que tenga que verse obligado a estudiar porque tiene que dar un concurso a una altura del final de la carrera, estamos hablando de un liceal, que tenemos que marcarle pruebas para que estudie. Opino que no tiene que haber esta prueba de ingreso porque es una tomada de pelo a los tribunales que están haciendo el concurso hace cuatro años y escuchar lo que nos están diciendo los profesores.

Yo creo que lo que hay que hacer, es profundizar lo que estamos haciendo, que si están escuchando, están aprendiendo porque aprenden con la escucha y con la práctica. Tiene que haber en ese ciclo un seguimiento, un esquema con algunos contenidos que, ya que es un ciclo tenemos que enseñar sí o sí, que tales cosas se vean durante el ciclo, la reanimación, maniobras en emergencia, elementos que los fortalezcan en las puertas de emergencia, Profundizar en contenidos y evaluarlos y después si darles ese cierre, esa habilitación como médico que va a empezar a ejercer.

Creo que hay que profundizar adentro del ciclo y en el cierre final.

Con respecto a adónde van, nosotros sabemos adónde van. Habría que evaluar quiénes están a cargo. No estoy en desacuerdo con que vayan a lugares privados, así como estoy de acuerdo con que los estudiantes de grado tienen muchos lugares privados con convenios para ir, pero no como voluntariado de un docente. Nosotros somos docentes y no podemos pensar en que otros ex docentes vayan a ayudar con voluntariados porque es menospreciar la docencia, al estudiante y el rigor universitario.

Me parece bien que se puedan fortalecer, presupuestar para que vayan a lugares privados, pero para el internado no. ¿Por qué? Porque nos están quedando cargos vacíos en lugares universitarios. Entonces sí, que se vaya a la Española, que se vaya a Florida, Comepa, Femi, adonde sea, y tenemos lugares como el Pasteur que quedan vacíos, lugares universitarios. ASSE les paga, hay que entender que es un estudiante pago.

El interno es un estudiante tiene un beneficio, le están pagando. Antes, cuando hacíamos el internado, había estudiantes que no accedían por sus pruebas, hacían el internado no rentado. Bueno, el beneficio del pago les exige obligaciones, entonces no deberían poder elegir según la especialidad que van a hacer. Entonces no hacen la puerta del Maciel, que ASSE les está pagando para que ayuden en la asistencia, tiene que haber una retribución asistencial también, entonces queda una "pata" más débil porque él está preparando una

especialidad. Porque ahora sabemos que se reciben y ya saben lo que van a hacer y pierden de vista que nosotros tenemos que dar un título de médico general y no un médico especialista, eso vendrá después.

A mí lo que me parece es que tiene que haber un punto de reflexión sobre esa “patita” privada porque lo primero que hay que hacer es cubrir los lugares docentes que están bien formados, porque después en esos lugares afuera, tienen en vista de que si fueron allí como practicantes, residentes, tienen chances laborales a futuro en esas instituciones y queda salud pública con déficit asistencial porque no eligieron esos servicios. Eso no puede suceder. Habría que ver bien, primero tienen que cubrir por lo que se les está pagando para que esté cubierto.

SEÑOR BERTULLO.- La evaluación inicial tiene un valor que es el de integración del conocimiento, no hay otra instancia y no va a haber, yo considero actualmente que es mucho más importante una evaluación, una prueba al final del ciclo. La evaluación de los servicios se implementó el año pasado en base a una encuesta que la saqué de un hospital donde fui residente, un hospital de Madrid, que no era obligatoria, al principio mandaron varias después ya no. Este año la vamos a hacer obligatoria, va a ser más corta y va a ser por EVA. El direccionamiento a servicios académicos es una de las cosas que hicimos, recuerden que hubo una modificación de la estructura por la generación enorme cuando se juntaron los dos planes, entonces hubo que salir a golpear puertas y hubo que abrir nuevas áreas de especialización, después se fue adaptando para volver un poco al sistema viejo para direccionarlos a los servicios académicos, nos interesaba a la coordinación. Es difícil, piensen que por algo los internos no van. En mi época todos queríamos ir al Maciel, al Clínicas, y eso no es así ahora, cambió la mentalidad.

Implementamos algo sobre el soporte vital, lo tienen que hacer todos los internos, se va a empezar también un proyecto optativo para pediatría y va a ser obligatorio para el internado del año que viene que tengan soporte vital tanto para adultos como para pediatría. Pensamos incluso extenderlo a otras áreas, por ejemplo el manejo de trauma prehospitalario y otras ideas.

La verdad es que en las primeras evaluaciones, para que se den cuenta, con los tutores del soporte avanzado de adultos, hay muchos internos que se retiran antes, que no tienen interés, entonces, exigirles más carga horaria... pero nos preparamos para el fracaso, porque una cosa es lo que se idealiza y otra es en el campo.

SEÑOR PRESIDENTE (Noboa).- Pasamos al siguiente tema.

Descentralización

SEÑOR MONTAÑO (Doc.)- Voy a intentar ser breve. Primero decirles que la descentralización es un tema bastante viejo y tiene un refuerzo con la segunda reforma universitaria. Desde hace mucho tiempo se viene trabajando en comisiones a nivel central sobre la segunda reforma universitaria. En el último Pledur se mencionan los pasos que se dieron para la descentralización, empezando por las ordenanzas, me refiero a la Ley Orgánica del año 1958, las ordenanzas de casas universitarias, centros universitarios y después aparece otra estructura sobre la que no me voy a extender y finalmente, la última estructura que se ha formado son los Cenur, los Centros Universitarios Regionales, en este momento existen dos consolidados, el Cenur Noroeste y el Cenur Este.

Está en formación el Cenur Noreste que por motivos de índole administrativa y presupuestaria... también se discutió sobre esa gran estructura en el interior que tuvo un impulso importante, que fue disminuyendo a partir del año 2012 y 2013 ese gran impulso de descentralización tanto presupuestario como académico como administrativo, ha decaído enormemente.

Se habló del desarrollo de la carrera de Doctor en Medicina en en Cenur Noroeste, que abarca Salto, Paysandú, parte de Artigas y Río Negro. La exposición de la doctora Domenech que habló sobre la consolidación fundamentalmente del segundo trienio de esta carrera y plantea la viabilidad del primer trienio. Desde el punto de vista de la necesidad del primer trienio, un dato que es público, el 5,8% de todos los médicos del Uruguay, están al norte del Río Negro. A partir de la interrelación, es difícil resumirla pero con el desarrollo universitario y con los servicios, se podría estar instalando el primer trienio de la carrera .

Implementar un plan de descentralización de estudiantes de grado y de posgrado, el doctor Cóppola hizo una presentación.

Desarrollar nuevas centralidades fue un punto interesante, las nuevas centralidades forman tensiones. De hecho, como ejemplos prácticos, para ser ingeniero forestal en Uruguay hay que ir a Tacuarembó, no se puede hacer en otra parte del país; para ser licenciado en recursos naturales hay que ir a

Rivera, es una carrera única que no existe en otra parte del país. Esa generación de nuevas centralidades generar tensiones.

La concentración académica alimenta la percepción de los médicos de Montevideo respecto del aislamiento profesional y el significativo temor frente al riesgo de desactualización que implica la radicación en el interior.

Se habló de las fortalezas del segundo trienio en la relación docente – estudiante, en la relación estudiante – usuario; la proximidad de los servicios de salud a la comunidad, y la dificultades para el seguimiento curricular de los docentes no radicados en el interior. Todavía tenemos muchos docentes itinerantes. También históricamente en el interior los docentes tienen cargos interinos, ese es otro gran problema. Ni que hablar, de la formación de recursos docentes, en el interior se siente mucho.

SEÑOR PRESIDENTE (Noboa).- La idea es conversar un poco sobre esto y de cómo estamos viviendo la experiencia de la descentralización y las posibilidades que se abren.

SEÑOR BRIOZZO. - El Claustro sabiamente eligió para discutir hoy, lo voy a decir ahora, es lo que refiere a los estudiantes en el principio y en el final de la carrera: el ciclo del internado. El gran desafío que tenemos es capitalizar el sistema y esa es una necesidad que tiene que bajar a todas las clínicas y departamentos. Tenemos que planificar actividades descentralizadas. No es una cuestión que se pueda optar, se tiene que hacer, porque el que no tenga hoy una sede en el interior, no puede mandar residentes durante el período que la ley considere, por lo tanto esa clínica en el departamento no puede funcionar.

Ese es mi punto de vista. Tiene que haber sí o sí una descentralización de las clínicas a través de dos mecanismos fundamentales, uno es la creación de centros en el interior, como decía Bianchi hoy, la Escuela de Graduados creó un protocolo... la primera vez es difícil como todo en la vida pero después es sencillo y lo otro es romper la estructura piramidal que tenemos por la estructura de médicos asociados, los médicos colaboradores y los tutores y para eso hay que tener también un protocolo que está muy atrasado porque hace muchísimos años que no hay una actualización de eso.

SEÑOR DECANO (Tomasina).- El Consejo inició ayer esa discusión.

-(dialogados)-

SEÑOR BRIOZZO. .- La experiencia que hemos tenido nosotros en la clínica, que ha sido muy exitosa en descentralización, es la formación disciplinar de las personas que van a entrar a la clínica como docentes asociados y médico colaborador, la formación docente que tiene que tener y después cada clínica que tiene que hacer lo posible por tomarlo, por lo menos en la planificación mínima de lo que es una currícula básica de cada residente o de cada estudiante que va a estar.

La evaluación donde fallamos todos, nosotros no nos evaluamos a nosotros mismos, tampoco podemos medir con una vara distinta a la que nos medimos nosotros.

En cuarto lugar que sea una actividad reconocida y prestigiada por la Facultad, que tuviera un título, que ser docente asociado, ser médico colaborador, tuviera un valor. Eso tampoco es difícil de hacer porque en general, los médicos egresados de esta Facultad y creo que de la otra también, tienen intención de seguir vinculados con la Academia y con la Facultad y en quinto lugar, que sea remunerado. Ahí tenemos los dos programas a los que hice mención. Con ASSE tenemos el programa UDAs y con la FEMI estamos avanzando en un acuerdo para que los tutores o los responsables que tenemos en las CEDAS, sean remunerados desde la institución médica con un fondo único, por hora de trabajo. Nadie va a vivir de esto, en eso estoy de acuerdo con Torres, pero prefiero eso a no hacer nada.

SEÑORA CASSINA (Doc.) .- Una pregunta: ¿cómo se forma a ese docente asociado fuera de la Academia?

SEÑOR BRIOZZO. (Doc.).- Desde el punto de vista disciplinar, son egresados, hicieron lo mismo que hicimos todos. Quizás lo más difícil sea la formación desde el punto de vista pedagógico y ahí tenemos los instrumentos que...

-(dialogados)-

SEÑOR COPPOLA (Doc.).- Resulta difícil resumir. Nosotros hicimos una evaluación; la mayoría de nuestros docentes son descentralizados, no son del Pereira Rossell, tenemos cincuenta docentes de ginecología en el Pereira Rossell, pero la mitad de los docentes los tenemos fuera del Pereira Rossell con uno o dos docentes rentados, es una experiencia muy interesante porque cuando hicimos la evaluación de los posgrados, los que están fuera del Pereira Rossell se forman mejor que los que están dentro. La parte pedagógica académica la hacemos por medicina permanentemente y semanalmente donde participan los docentes asociados y las tutorías, así que los temores en cuanto

a la formación se nos han ido completamente. Y miren que es difícil porque acá estamos hablando de destreza quirúrgica, y la destreza quirúrgica que adquieren fuera del Pereira Rossell son superiores, salvo algunas excepciones y los centros adonde ellos van, han mejorado la calidad notablemente. Las pocas maternidades que funcionan bien en el interior son las que estamos colaborando por ese sistema.

Con respecto a los pregrado es más complejo, el asunto es que nosotros podemos tener centros asociados a la Universidad, tenemos docentes asociados, pero resulta difícil que un estudiante venga a Montevideo y vuelva al interior, por ejemplo en Salto tenemos seis o siete en Paysandú también, uno o dos por cada docente, cuando se toman exámenes nadie pierde porque el aprendizaje es directo.

El problema es que después que vienen a estudiar a Montevideo, no quieren volver a su departamento. Hay que ofrecer la totalidad de la carrera en un mismo lugar. Nosotros podríamos tener cuarenta estudiantes en Salto y cuarenta en Paysandú, se necesitan docentes rentados lógicamente. Y ahí está la decisión política de la Facultad de Medicina, de no tener a todos los docentes en cincuenta metros cuadrados. Si no descentralizamos la docencia ¿cómo vamos a descentralizar el aprendizaje de la Medicina?

Yo había planteado una secuencia de etapas, plausibles, ir por escalones, siempre con el objetivo de tener el 100% de la carrera en un lugar.

SEÑOR MONTAÑO (Doc.).- En el interior hay algunas ventajas, entre ellas la institucionalización de servicios que se conoce que no hay en Montevideo, no podría haberlo, que es la comisión coordinadora del interior que en su seno está articulada con la comisión académica de posgrado y hay una unidad central de educación permanente. Lamentablemente se intenta articular, se intenta utilizar los recursos, pero en la práctica no se ha logrado mucho.

Quería decir que la evidencia de cada región es absolutamente diferente de lo que pueda suceder en Montevideo. La gran ventaja que tenemos es que si el individuo se forma en el lugar que va a ejercer, tiene mucha ventaja con respecto a un individuo formado en otro lugar.

Quería resaltar que se está intentando la articulación con los PDU y los servicios. El PDU también permite al docente no solo su formación en pedagogía sino en investigación que es una carencia muy importante que tiene el interior.

SEÑOR DECANO (Tomasina).-En sintonía un poco con lo que se decía sobre descentralización. A mi me parece que hay un elemento interesante en los últimos tiempos, que es la consolidación de algunos espacios universitarios donde se cumplen todas las funciones, no solamente la enseñanza, sino que hay investigación, lo que es el Cenur litoral en particular, donde nosotros teníamos además historia con carreras de grado de nuestra Facultad, con la Escuela de Tecnología en particular, con la Escuela de Parteras.

Creo que lo que comentaba Jorge sobre los PDU, es interesante, que están en un proceso de departamentalización que es algo que nosotros lo visualizamos como positivo porque genera ambiente universitario como para el desarrollo de distintas propuestas. Pensar no solamente para la carrera de grado de medicina sino para otras, si ustedes piensan en un departamento básico, en el caso de CENUR, están pensando en la constitución de un departamento de disciplinas básicas, tanto para veterinaria, como para medicina, como para odontología, para enfermería, hay una opción interesante de estructuras que podrían ser concebidas en el marco de la nueva ordenanza de grado,, pensando en la ordenanza de grado que facilita la horizontalidad, los créditos, la trayectoria. Y por otro lado lo clínico con la presencia ya existente bastante consolidada.

Hemos estado trabajando en estos últimos meses, con docentes de disciplinas básicas en particular, pensando en lo que es el primer año, ha participado Adriana Domenech en lo que es el tema comunidad, medicina familiar, lo que es el primer trienio el profesor Olivera ha estado trabajando en la lógica de pensar con lo que existe realmente instalado, en ese proceso de departamentalización, la posibilidad de tener realmente un tránsito curricular que permita efectivamente completar los ciclos de la Facultad de Medicina.

Yo creo que sí, que es una necesidad, una obligación, una responsabilidad social, diría, el dato que se mencionaba del trabajo de Rodolfo Levin y Alejandra Toledo sobre cuál es la situación de profesionales de salud, en particular médicos, en el país. En Río Negro tenemos una situación deficitaria por ejemplo. Si eso se asocia a los esfuerzos que están haciendo las distintas clínicas asociadas con la Escuela de Graduados de acreditar áreas como decían los profesores, en el sentido de lograr la posibilidad de acreditación, también damos al médico la posibilidad de que se reciba en la región, la opción del posgrado. Veo que hay un deber y una obligación. Creo que es el camino que debemos transitar. Lo decía claramente Jorge que existe con la comisión coordinadora del interior, justamente estuvimos reunidos por este tema.

Me parece que lo que no debemos repetir es pensar en cursos con docentes que van y vienen. Hoy la Universidad tiene un grado de madurez que en el área de salud hay fortalezas como para pensar en esa posibilidad.

Nosotros hicimos una jornada en Paysandú también con docentes del Cenur planteando esta posibilidad de avance. tenemos una responsabilidad social que no podemos eludir.

SEÑOR ECHENIQUE (Doc.).- Yo recibí la llamada de una docente en Salto que cuando ellos se enteraron de que se hacía, quedaron muy interesados.

-(dialogados)-

SEÑOR DECANO (Tomasina).- Los docentes de Salto y Paysandú se comunican fluidamente por videoconferencia, han tenido varias reuniones en ese sentido y hay avances interesantes.

SEÑOR PRESIDENTE (Noboa).- Les agradecemos a todos los que respondieron a la convocatoria. Por supuesto no creemos que esto “cierra” nada, pero pretende ser un aporte y siempre da el miedo que quede en un documento y nada más. El Claustro está disponible para avanzar en estos temas.

SEÑOR DECANO (Tomasina).- Me parece interesante que se traslade a la Comisión de Carrera. Que las Actas también se trasladen a la Comisión.

SEÑOR PRESIDENTE (Noboa).- La intención es trasladar todo el documento a la Comisión de Carrera. Tuvimos también alguna dificultad en la elección de los temas para hoy y uno de los temas que quedó afuera pero me parecía de la mayor importancia, es el ciclo inicial común. De tal manera que quedó pendiente -fue un acuerdo del Claustro- para que en noviembre se haga una discusión inicial y el tema que nos presentó el Decano en las jornadas que es la Facultad de Ciencias Médicas.

Eso va a ser en noviembre, lo discutiremos apropiadamente y usando la tecnología de que disponemos.

Muchas gracias.

Se levanta la sesión.

(Es la hora 15 y 20)

