

## **TESTIMONIOS de la Facultad de Medicina**

Actas del **Consejo de la Facultad de Medicina** en que se discutieron las transformaciones educacionales en el año materno-infantil (Ciclo-Clínico Patológico).

- 7 diciembre, 1988 (sesión ordinaria)
- 16 diciembre, 1988 (sesión extraordinaria)
- 23 diciembre, 1988 (sesión extraordinaria)
- 30 diciembre, 1988 (levantamiento del cuarto intermedio de la sesión ordinaria del 28.dic)

Meta: El Consejo de la Facultad de Medicina, en sesión del 3 de Enero 1989 resolvió la publicación de las actas correspondientes a las reuniones en que se discutieron las transformaciones educacionales aprobadas para el año escolar de 1989.

## Consejo de la Facultad de Medicina

**Decano:** Prof. Pablo V. Carlevaro

**Consejeros:**

- Orden docente: Prof. Luis E. Folle  
Prof. Eduardo Touya  
Prof. Raúl C. Praderi; Prof. Bolívar Delgado (suplente)  
Prof. Agdo. Carlos Gómez Fossati  
Prof. Agdo. José M. Hierro; Prof. Heraldo Poletti (suplente)
  
- Orden egresados: Dr. Edmundo Batthyany  
Dr. Rafael Grasso; Dr. Luis F. Algorta (suplente)  
Dr. Jorge Burjel
  
- Orden estudiantil: Br. José M. Pérez Penco; Br. Claudio Pigatto (suplente)  
Br. Claudio Iglesias; Br. Rossana Alia (suplente)  
Br. Aníbal Dutra; Br. Marcelo Radiccioni (suplente)

## SUMARIO

### INTRODUCCIÓN

(Acta N° 72) (7/XII/88)

### DEBATES

Fragmento del acta N° 74 (16/XII/88)	2
Fragmento del acta N° 76 (22/XII/88)	45
Fragmento del acta N° 78 (30/XII/88)	51

## **INTRODUCCIÓN**

Planteamiento del tema por parte del Decano Dr. Pablo Carlevaro.

Fragmento del acta N° 72, correspondiente a la sesión realizada por el Consejo de la Facultad de Medicina el día 7 de diciembre de 1988.

## **FRAGMENTO DEL ACTA DEL DIA MIÉRCOLES 7 DE DICIEMBRE DE 1988**

### **PLAN DE ESTUDIOS.** (Ciclo clínico patológico. Año Materno Infantil)

**SEÑOR DECANO.-** Tengo la preocupación de que el año materno infantil que se va a hacer en oportunidad del próximo año escolar, se organice realmente sobre cánones nuevos; es decir, que la transformación educacional que el plan de estudios incorpora haga impacto en el año materno infantil.

Este año se hicieron con esfuerzo algunas transformaciones que diría que son muy parciales y muy tímidas en relación con progresos de integración y de interrelación del sector pediátrico con el ginecotológico. Particularmente tengo la seguridad de que en este año materno infantil hay una enorme posibilidad de aprovechar el espacio comunitario para enseñar tanto los aspectos obstétricos -concretamente, el control del embarazo normal- como los aspectos pediátricos. El cuarenta por ciento del tiempo escolar de los estudiantes tiene que estar dedicado a trabajar en la comunidad. Esto no quiere decir que estén exclusivamente en los centros de salud, sino con la gente.

Hemos expuesto estas ideas tanto al Comité Coordinador del programa comunitario, como a los profesores el año pasado, etc. En el día de ayer lo discutimos con el Dr. Navarrete, Coordinador del ciclo, y con la Prof. Ana María Ferrari, Coordinadora para 1989 del año materno infantil del ciclo clínico patológico. Están de acuerdo en que efectivamente este año se puede hacer un programa educacional en la comunidad.

Llegó el Dr. Peña -quien venía a entrevistarnos por otro problema que informaré luego al Consejo-, y le planteamos un esquema que no es el momento repetir ahora. De todas maneras, quería informar de esto y anunciar algunos pasos que vamos a dar.

Quisiera convocar a todos los profesores titulares, es decir, a los de pediatría, de ginecología y obstetricia, de neonatología, de cirugía infantil, psiquiatría infantil, etc., es decir, a todos los que tienen que ver con el área, para exponerles esta preocupación, conjuntamente con los Coordinadores Dres. Portillo, Navarrete y Ferrari.

Es mi deseo que lo que se va a hacer educativamente el año próximo sea discutido por el Consejo. No quisiera que se diese una solución de hecho por parte de los responsables de la ejecución del programa sin que el Consejo pudiera discutir las perspectivas organizativas, docentes, pedagógicas, etc., según las cuales la actividad se puede realizar.

Adelanto que el año que viene contamos con una situación numérica extraordinariamente favorable. No van a ser más de trescientos estudiantes o quizás trescientos cuarenta los que van a cursar el año materno infantil. Además, son estudiantes que ya trabajaron en la comunidad haciendo esta pasantía breve de dos o tres semanas durante este año, cuando estaban cursando su segundo año médico quirúrgico del Ciclipa. Es decir, que ellos ya saben lo que es el centro de atención primaria, lo que son las expresiones de salud en la comunidad, los indicadores, las instituciones, los programas, etc.

Los Profs. Gentile y Mañé habían trabajado desde el punto de vista educacional en el Centro de la Ciudad Vieja y Jardines del Hipódromo, respectivamente, es decir, son pioneros en el desarrollo de esta enseñanza. Entonces, son todos elementos que favorecen una transformación educacional.

Anuncio, entonces, que voy a invitar a concurrir a los profesores y también a los Consejeros -por lo menos uno por cada orden- para que nos acompañen en este planteo.

Una vez que quedará definido el proyecto del año materno infantil para el año próximo, sería interesante que vinieran aquí los Coordinadores para discutirlo en conjunto y aprobarlo en el Consejo.

En el día de ayer los Coordinadores me decían que era muy importante que habláramos con los profesores. Hay casi tres meses por delante para programar esto, pero como ya se ha avanzado mucho y como está todo lo tradicional, tendríamos sólo que empujar las transformaciones nuevas.

El año pasado hablé con los Profs. Mañé, Sica Blanco y Peña. Este último me llegó a decir que si pudiéramos hacer alguna de estas actividades, se reduciría la mortalidad infantil. Es un argumento fuerte. El Dr. Sica Blanco me decía que esto podía tener incidencia en el diagnóstico precoz de afecciones tumorales en la mujer. No tengo dudas. Podremos hacer cantidad de cosas que no se han hecho. No sólo la captación precoz de la desnutrición, que es lo que ha hecho la Clínica del Dr. Mañé en Jardines del Hipódromo, sino también la captación precoz de las embarazadas. Además, se les daría a los estudiantes una inserción de tareas que, tal como están las cosas en el Hospital Pereira Rossell, no pueden realizar.

Si se necesitara más espacio en el sector de los centros periféricos, recuerdo que cuando visitamos las dependencias del Banco de Previsión Social -que antiguamente fueron de Asignaciones Familiares-, el Dr. Roberto Berro, que dirige este servicio, nos decía que algunos centros no funcionaban plenamente porque no tenían personal. Nosotros tendríamos la oportunidad de operar esos centros con aporte nuestro, con beneficio tanto en lo educativo como en lo asistencial.

**SEÑOR GRASSO.-** Tengo una inquietud un poco utópica pero de todas maneras la voy a plantear. Esa proyección de los estudiantes hacia la comunidad está un poco limitada a la medicina; ¿no se estudia el aspecto de la vivienda por parte de los estudiantes de arquitectura, por ejemplo?

**SEÑOR DECANO.-** Lo están haciendo permanentemente; tienen más experiencia que nosotros en el trabajo comunitario. Es más, en los talleres tienen a un docente nuestro, el Dr. Portillo, que colabora con ellos honorariamente.

También los odontólogos se han incorporado al programa de docencia en atención primaria de la Facultad de Medicina y de la de Odontología. Esa Facultad acaba de afiliarse a la Red internacional de instituciones que trabajan en la comunidad.

También colabora la Escuela de Enfermería, pero no se ha logrado la conjunción, aunque está en marcha.

En el día de ayer estuve hablando con la Directora de la Escuela de Nutrición y le señalé la perspectiva de trabajar juntos. El ideal sería que todos los funcionarios de la salud trabajaran así. Si hacemos un programa fuerte, creo que van a venir. No tengo dudas de que los odontólogos están muy cerca porque tienen el recurso y porque podrían abrir consultorios en los centros de atención primaria.

Ayer estaba planteando para Salud Mental la participación de la Escuela de Servicio Social. He hablado al respecto ya con el Director, y también lo hizo el Dr. Portillo. Asimismo se está en contacto con el Instituto de Psicología de la Universidad de la República.

Tengo la seguridad de que tenemos un modelo de la organización de la actividad, por supuesto no en el detalle técnico, que no nos compete, pero sí en lo que sería el esquema organizativo que realmente es funcional y que, para mí, culminaría con algo que tiene un enorme significado ético.

Mi planteamiento es que la unidad de operación para el aprendizaje y el trabajo asociado sea de seis estudiantes, constituido por una tríada de parejas. Si esa unidad trabaja con un cierto número de familias -cien, por ejemplo-, podría seguir el embarazo de quince señoras, a lo largo del semestre, incluyendo la instancia del parto.

Es decir, que ese grupo atendería, por lo menos, trabajando en seguimiento por el sector que le corresponde, quince procesos de gravidez con culminación: parto, puerperio, cuidado de recién nacidos, control de puericultura, etc. Si organizamos bien las cosas, la señora atendida por un grupo de estudiantes, en circunstancias en que se dirige a la maternidad para tener al niño, podría llamar por teléfono a alguno de los miembros del grupo para que uno o dos estudiantes estuviera presente en la circunstancia de parto. Si lográramos eso llegaríamos a hacer lo que no hacen las instituciones privadas de asistencia médica en donde hay uno que sigue el embarazo y otro que maneja el parto, salvo que se pague más.

Entonces nosotros estaríamos enseñando a nuestros estudiantes que el que sigue el embarazo es el que atiende el parto; que no puede ser que se desvincule la atención del parto de la del embarazo, ni que la relación médico-paciente que se establece durante la gestación cese en la circunstancia tan luego suprema del parto. Esto sería un indicativo de que la Facultad comparte determinada tesis y determinada postura en relación a cómo tiene que establecerse el vínculo entre el médico y el paciente. Eso gravitaría muchísimo en la formación ética de los futuros médicos y de alguna manera también sería ejemplo para las otras instituciones.

Cuando el Dr. Fidel Castro habló sobre la gestación del médico de familia en Cuba, le oí decir -lo cité en el relato correspondiente en el I Seminario Internacional de Atención Primaria- que influyeron dos elementos para instaurar ese sistema: uno, que ese médico fuese el abogado del paciente; y otro, que fuese el fiscal del sistema de atención de la salud. Lo registré en el relato porque me pareció muy significativo. Dije que, a pesar de que el Dr. Castro había discutido casi como médico -a veces, para un observador externo que no lo conoce, cuesta diferenciar su lenguaje del de los médicos-, en el momento de definir el rol del médico de familia, le había salido el abogado de adentro: las dos tareas que le daba al médico de familia pertenecen al campo jurídico.

**SEÑOR BATTYANY.-** ¡Cuántas cesáreas menos se harían y cuánta gente que es mal atendida lo sería mucho mejor si estuviera el estudiante presente!

**SEÑOR DECANO.-** Efectivamente. Viví seis años en Cuba. Los Consejeros saben cuánto respeto a ese país que me recogió en circunstancias tan difíciles y en donde nacieron dos de mis hijos. Puedo decir que con toda razón la revolución tenía derecho a exigirle al sistema de atención de salud que la gente que acudía a ser asistida, fuera bien atendida. Que cuando no lo fuera, se hiciera la denuncia correspondiente para que se corrigiera, de manera tal que el esfuerzo y la inversión que se hacía en salud tuviera el rendimiento más alto. Ahora, el funcionamiento correcto del sistema de atención de la salud en la periferia hace que las guardias de los hospitales, que estaban repletas de pacientes que debían ir a las consultas policlínicas, se vaciaron. ¿Por qué? Antes la gente iba a atenderse, de repente, por hipertensión, que debía ser atendida en la policlínica, pero la gente no confiaba en sus médicos, en una atención no personalizada. Entonces iba a las guardias porque sabía que los médicos y practicantes que allí estaban era gente entrenada de más alto nivel.

Estos estudiantes, que van a actuar en su conjunto como practicantes de familia, si operan así van a ser los abogados de la señora -por ejemplo, en esta circunstancia de parto-, y van a ser los fiscales del sistema. Es importante que sean las dos cosas. Además, está lo que va a significar emocionalmente para una paciente que cuando llegue a un lugar desconocido se encuentre con quien la estuvo cuidando en su embarazo, a su nivel, durante tantos meses.

Me entusiasma el significado y la trascendencia que tiene esta transformación educacional no sólo en el aprendizaje, sino también en aspectos que nosotros pretendemos cuidar, los éticos.

Tenemos oportunidad de hacer un cambio radical en la enseñanza de la pediatría, obstetricia y ginecología y va a dar a los estudiantes una capacidad de manejo como no han tenido nunca. Además, va a sustituir "el codazo" para poder ver lo que está pasando, por la tarea en sí en el centro periférico o en el propio domicilio.

El equipo de comunidad estaba dispuesto a repetir lo que había hecho el año pasado, aumentándolo una semana. No alcanza, a mi juicio. Hay que respetar el esfuerzo educacional del año pasado, pero tiene que evolucionar.

Hicimos la previsión de tres Profesores Agregados para pediatría que le faltan para el programa de comunidad; de manera que ahora van a tener tres grado 4 -uno por cada una de las clínicas- para este cometido. La distribución de recursos de los estudiantes sería magnífica, los grupos, integrados por diez o doce estudiantes, podrían estar trabajando con un Jefe de Clínica, lo cual es una situación de privilegio para nuestra Facultad.

Los programas de enseñanza de posgrado, tanto del posgrado común como de residentes, se modificarían. Hay que dar a los residentes en obstetricia y en pediatría una dimensión más amplia del quehacer.



## **DEBATES**

Sesiones del Consejo de la Facultad en las que se debatió el tema del Año Materno-infantil del Ciclo Clínico Patológico.

## FRAGMENTO DEL ACTA DEL VIERNES 16 DE DICIEMBRE DE 1988

(Acta N° 74)

PLAN DE ESTUDIOS. (Informe de los diferentes ciclos). CICLO MATERNO-INFANTIL. PRACTICANTE DE FAMILIA.

(Asisten coordinadores y docentes de los distintos ciclos)

**SEÑOR DECANO.-** Deseaba hacer algunas propuestas en relación con la transformación de programas de los diversos ciclos del plan de estudios que están funcionando.

El año pasado, en esta misma época del año, pedimos a los coordinadores que hicieran un informe sobre cómo estaban organizados los ciclos y las actividades realizadas. Se recordará que pedimos informes escritos, aunque en algunos casos se hizo oralmente, y gracias a la colaboración del taquígrafo se formalizó en expresiones escritas que luego el Consejo consideró.

Pienso que en estos momentos los Consejeros conocen cómo están funcionando los programas educacionales, que no tuvieron mayores cambios con respecto al año anterior, salvo algunos elementos que son conocidos. Por tanto me parece que es un buen momento -antes de que finalice el año escolar y cuando faltan dos meses y medio para el comienzo del próximo- para que el Consejo haga algunas sugerencias y propuestas respecto a la actividad educativa de 1989 en los distintos ciclos.

Voy a hacer personalmente algunas propuestas que me gustaría que el Consejo las discuta, y, a la vez, que sus miembros propongan otras.

He estado analizando las propuestas con distintos compañeros. Ayer discutimos las relativas al año materno-infantil, último del Ciclipa y previo al internado que será obligatorio.

Por un lado, convocamos a los docentes que intervenían en el ciclo, o sea, a los tres profesores titulares de Clínica Ginecotocológica y a los tres de Clínica Pediátrica, a los profesores de Neonatología, de Cirugía Pediátrica, de Medicina Preventiva y Social, y de Psiquiatría Infantil, y al Jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos del Niño.

En lo que respecta a la estructura de coordinación, invitamos al Coordinador del Ciclipa, a la Coordinadora Adjunta encargada del año materno-infantil -la Profa. Ferrari- y al Dr. Marcelo Viñar, que se ha incorporado al Departamento de Educación Médica. Hoy le damos la bienvenida en ese cargo, aprovechando que el Consejo está reunido. La mejor bienvenida es asignarle trabajo y ya ha realizado innumerable cantidad de tareas. Hasta ayer estábamos con el compañero Viñar considerando todos estos temas y hoy nos acompaña nuevamente.

En esta reunión de ayer dimos a conocer la propuesta -que también pusimos en conocimiento del Prof. Estable, Coordinador del Ciclo Básico-, e invitamos a todos los coordinadores a la reunión de hoy. En el caso del CIMI, vista la situación de transición en que estaban y por acuerdo del Consejo, hice la gestión encomendada y el Dr. Benedetti está dispuesto a asumir la coordinación. Hablamos también con los Dres. Schelotto y Sibila; el primero de ellos no podría hacerse cargo, pero este último sí. De

todos modos, nos pareció oportuno citar a los Dres. Conti y Roca, que desempeñaron hasta ahora la coordinación del ciclo. También pedí que se citara al Dr. Avellanal que, si bien no ha sido nombrado coordinador, está trabajando en la Comisión que está reglamentando el internado obligatorio con el Dr. Legnani, por la Facultad, y con dos miembros más por el Ministerio de Salud Pública. También invitamos a los Dres. Portillo y Mendoza, por el programa docente en la comunidad.

### **Año materno-infantil**

El año pasado asistimos a un cambio educacional de anticipo en el año materno-infantil que fue organizado con el propósito de adelantar camino. No se aplicó a la generación que ingresó al Ciclipa de acuerdo con el plan 1968, sino con la generación que estaba saliendo del programa escolar que estaba funcionando hasta ese momento, y que de alguna manera reunía el semestre de ginecología y obstetricia y el de pediatría en el último año de la carrera. Se resolvió integrar más la enseñanza y hacer un año materno-infantil, preparando un poco los docentes y las ideas para la aplicación definitiva conforme al plan 1968.

Consideramos -es una opinión personal- que este año hay que hacer un cambio importante en la organización de este año porque se dan condiciones favorables. Por ejemplo, la generación de alumnos que va a ingresar es significativamente menor que la de años anteriores. Están cursando 280 el segundo año médico-quirúrgico, y se calcula que serán unos 300 o algo más los que cursarán el año materno-infantil. Creo que es una situación favorable, ya que el año pasado la generación tenía 500 estudiantes o más.

También se da, como elemento más que favorable, el hecho de que hayamos inaugurado el programa de educación en la comunidad en el Ciclipa, el año pasado, constituyendo los equipos docentes asignados a cada uno de seis centros de atención primaria de la salud del Ministerio, tras un convenio que suscribimos con éste. El año pasado desfilaron unos mil estudiantes del Ciclipa y unos ochocientos del ciclo básico que fueron a Malvín Norte, con apoyo en un centro de salud que es de la Intendencia -tal cual lo habían realizado el año anterior-, con lo que unos 1800 estudiantes de medicina tuvieron parte de su programa educacional en la comunidad.

En este caso tenemos la experiencia de un año transcurrido con el equipo docente ya instalado -el año pasado se constituyó justo antes de que llegaran los estudiantes-, ya tienen experiencia y una perspectiva de la docencia posible. Consideramos que es un esfuerzo muy estimable; que es un hecho muy significativo -no quiero utilizar palabras mayores, pero evidentemente quedará como una marca en la historia de la Facultad el haber trabajado en la comunidad en la instancia del Ciclipa-, y que este año podemos ganar una batalla con la continuidad de los estudiantes allí. Es lo que pienso proponer concretamente, porque si hay un área en el cual el apoyo del espacio comunitario como ámbito para desarrollar la enseñanza resulta fundamental, es precisamente el que trata de la madre y el hijo.

Voy a citar los objetivos para lograr la transformación educativa.

### **Objetivos del año materno-infantil**

- **“1º) Enseñar asistiendo, y adquiriendo consiguientemente responsabilidades”.**

Cuando estamos en esta altura, en el último año, tenemos que dar al estudiante responsabilidades a su nivel, controladas, en el proceso de atención de salud. Es un principio muy viejo en la educación médica, aquí y en muchas partes del mundo. No en todas, porque en España, donde la medicina ha recuperado mucho prestigio, los estudiantes ven el primer enfermo después que se gradúan.

- **“2º) Jerarquizar los contenidos educacionales del programa materno-infantil en función de la formación integral del médico general -que es lo que nosotros aspiramos formar-, sus necesidades de capacitación para el ejercicio de la atención primaria de la salud, y del abordaje correcto de los problemas que reclaman su intervención profesional”.**

Es decir, enseñar sobre la base de lo frecuente, de lo vulgar, de lo que el médico tiene necesidad de saber inevitablemente, y no sobre la base de lo especializado, porque el médico general no va a ser especialista: tiene que reconocer esas áreas y derivarlas.

- **“3º) Integrar los contenidos médico-sociales y psicológicos a los programas educacionales de pre y posgrado”.**

Sabemos bien que una de las características de la enseñanza que a nivel del Ciclipa quiere hacer la Facultad es la integralidad del conocimiento. Esto tiene dos componentes: la médico-social y la psicológica, que en la enseñanza tradicional estaban totalmente separadas del resto de los contenidos de base biológica. Justamente, en el último año se enseñaban por un lado los aspectos médico-sociales -en los antiguos programas de Higiene de la Facultad- y por el otro psiquiatría y la medicina legal. Era una enseñanza totalmente desvinculada de la problemática clínica, de la aplicación a situaciones reales, de una inserción que atendiera realmente estos aspectos en la formación educacional.

La Profa. Ruocco me insiste que desde el año pasado el Departamento de Medicina Preventiva y Social ha dejado de hacer la enseñanza de estos contenidos en el ámbito intramural, y que todo el programa educacional ha pasado a realizarse tanto en los hospitales como en la comunidad. Ya es un hecho: tenemos un docente de medicina preventiva y social en cada uno de los centros de atención de la salud, o sea, un docente de grado 4 -la Dra. Mendoza- encargado de este programa y cuatro grados 3 también asignados a esa función. Es un equipo fuerte de la disciplina destinado a esa docencia.

- **“4º) Acoplar con refuerzo y beneficio recíprocos aspectos comunes de ambos programas -es decir, de pre y posgrado-, resolviendo contradicciones sólo aparentemente antagónicas, y preservando la diferenciación de objetivos y las instancias educacionales de posgrado, tales como los seminarios de profundización, ateneos para discutir casos, revisión de la literatura lecturas comentadas y orientación bibliográfica”.**

Este último aspecto debe preservarse en forma imprescindible para la educación de los residentes y de los alumnos de posgrado tradicional.

Creo que hay que resolver esta contradicción entre enseñanza de pre y posgrado, que sólo aparentemente es antagónica. Creemos que la enseñanza de pre y posgrado se refuerzan si se sabe llevar bien a la práctica el sistema, sin perjuicio de preservar los elementos específicos. No se va a enseñar a un estudiante lo mismo que a un residente. La lectura y el manejo de bibliografía que tienen que manejar un alumno de posgrado y un residente, no son los mismos que para un estudiante de pregrado.

Pero, a su vez, esos programas se pueden reforzar. De hecho los alumnos de posgrado han aprovechado instancias educacionales hechas con el pregrado. Recuerdo los llamados "ateneos para estudiantes" que se realizaban en la clínica del Prof. Chifflet -debe haber sido la primera clínica que los organizó-, que estaban poblados de personal docente de nivel -no ya alumnos de posgrado-, porque allí aprendían todos.

**SEÑOR PRADERI.-** El Prof. Chifflet hacía las veces de pariente del enfermo.

**SEÑOR DECANO.-** Más adelante me voy a referir a ese aspecto. Me parece que estas actividades en la comunidad, con residentes y alumnos de posgrado, son muy enriquecedoras.

Hay que incrementar lo que se hizo el año pasado, en que un 14% de la actividad enseñante se realizó en la comunidad; el próximo podría ser un 42%. El aprovechamiento del programa comunitario se situaría en el lugar que lo ubicaría un programa medianamente avanzado de educación médica en el área materno-infantil. Y digo medianamente avanzado porque debe haber lugares donde toda la enseñanza se realiza centrada en el espacio comunitario y el estudiante va al hospital a ver los pacientes que son referidos, así como también cumple el proceso inverso, siguiendo en la comunidad pacientes que fueron atendidos en el hospital

- ▣ **“5°) Promover la participación de los docentes de las clínicas (gineco - tología, pediatría, neonatología, psiquiatría infantil, etc.) en el programas docente-asistencial de atención primaria de la salud”.**

Es obvia la atención que se ha asignado en el mundo entero a la atención primaria de la salud, que es la estrategia favorita de la OMS y la OPS, y creo que no tiene por qué marginarse al docente de clínica de esta labor, ya que es parte del programa educacional.

- ▣ **“6°) Contribuir a la integración y coordinación de todos los sectores que intervienen en la atención materno-infantil con la perspectiva de la conformación de un sistema integrado de atención de la salud en dicha área”.**

Los organismos internacionales como la OPS y la OMS están preconizando una integración de los sistemas de atención de la salud. En nuestro país vamos a lograrlo fundamentalmente merced a la influencia del programa educacional. Los "fibroblastos" de la conjunción de estos programas van a ser los estudiantes, porque son los únicos que están en todos los sectores de los ámbitos hospitalario y comunitario. Si están controlados y educados, pueden ser un "trait d'union" privilegiado, porque no es fácil tener gente con la formación del estudiante de medicina del último año, a punto de acceder al internado, que pueda hacer el enlace de los pacientes.

- ▣ **“7°) Contribuir a impulsar el progreso y el desarrollo de la atención primaria de la salud y del progreso materno-infantil del Ministerio de Salud Pública en nuestro país”.**
  
- ▣ **“8°) Planificar y diseñar proyectos de investigación multidisciplinarios y multisectoriales en el área materno-infantil, realizables a nivel hospitalario y en el espacio docente en la comunidad (con participación de residentes, alumnos de posgrado y estudiantes del ciclo clínico patológico)”.**

De esto pueden participar residentes, alumnos de posgrado, estudiantes del Ciclipa, y naturalmente pueden pensarlos y conducirlos los docentes de todos los sectores.

- ▣ **“9°) Generar experiencias educacionales que contribuyan a gestar la adquisición de valores éticos por cuanto apelan a desarrollar la responsabilidad de los estudiantes en el establecimiento y la vigencia de la relación médico-paciente.»**

### **Bases fundamentales para proyectar el año materno-infantil del Ciclo Clínico Patológico.**

#### **1°) Programa unificado en el ámbito hospitalario y en la comunidad.**

Tiene que haber un único programa, con una sola concepción de la enseñanza, con niveles y áreas de ejecución distintas.

**2°) Ejecución por parte de un mismo grupo (triada de tres parejas, o sea, seis estudiantes) de las actividades escolares desarrolladas en el hospital y en la comunidad (practicante de familia) con plena integración de obligaciones y responsabilidades (unidad operativa).**

Nos vamos a extender sobre este punto cuando nos refiramos al practicante de familia.

#### **3°) Presencia permanente de los estudiantes en la comunidad.**

Proponemos que vayan tres días por semana en horas de la mañana, de 8 a 12, haciendo policlínica pediátrica, obstétrica o trabajando en otros espacios, como escuelas primarias, o bien realizando acciones especiales. El ente plural, constituido por tres parejas de estudiantes, iría tres tardes por semana, de 14 a 18 horas. Para cada pareja de estudiantes implica sólo una tarde por semana, pero para este practicante plural significa una presencia de tres veces por semana en tareas de atención de la salud.

**4°) Asociación intrínseca de la tarea escolar y asistencial, la combinación del estudio con el trabajo.**

Consideramos que es una de las bases del programa, y un punto fundamental desde todo punto de vista, incluido el ético.

**5° Contribución al vínculo integrador (referencia y contrarreferencia de pacientes) entre los sectores del sistema de atención de la salud, tendiendo a conformar dicho sistema en todos los aspectos de su estructura y funcionamiento.**

Los sistemas de salud son aquí proverbialmente desintegrados. Días pasados me señalaba el Prof. Olazábal que desearía poder dar el alta precoz de algunos de sus pacientes -y hoy el Director Asistente del Hospital me lo ratificaba-, pero que no tiene la chance de realizar luego el control y seguimiento de ese paciente. Si trabajáramos en forma coordinada; si los estudiantes de la clínica a cargo de ese docente estuvieran asignados a un centro de atención primaria de la salud; si éste remitiera pacientes a aquel servicio para ser atendidos -cosa perfectamente factible con una asignación geográfica de áreas-, la referencia y la contrarreferencia permitiría hacer cosas tales como el alta precoz de los pacientes. Lo mismo respecto a cirugía ginecotocológica sencilla, no tumoral.

Pueden realizarse cosas que solamente es posible organizar a través de un buen mecanismo de coordinación. En estos momentos los pacientes que van al Hospital de Clínicas son aquellos que tienen carné de asistencia, los que optan por ir, o los que son remitidos por alguien, sin ninguna planificación previa.

**6° Adjudicación de responsabilidad compartida:**

- en salas de internación del hospital, en la emergencia y en las policlínicas del hospital.
- en policlínica del centro de atención primaria de la salud y
- como practicante de familia en la comunidad.

Debe compartirse la responsabilidad de trabajar con cierto número de familias asignadas.

**7° Existencia de supervisión docente sobre cada actividad escolar-asistencial de la unidad operativa (practicante plural de familia).**

Esto quiere decir que el estudiante tiene responsabilidades pero que no está solo: siempre está apoyado, supervisado y controlado por los docentes. Eso significa que el alumno va a poder crecer, y crecer bien.

**8° Evaluación continua e integral basada en:**

- cumplimiento de las acciones de trabajo asistencial;
- desarrollo de la capacidad para realizarlas.

Estos son dos objetivos fundamentales. Si va a aprender trabajando, debe realizar las tareas asignadas, pero además tiene que ir desarrollando, a lo largo de su aprendizaje, una capacidad cada vez mayor para el adecuado cumplimiento de sus actos asistenciales.

**9° Presencia periódica y sistemática (por rotación) en la comunidad de los docentes habitualmente radicados en el hospital, lo cual permitirá:**

**- integración coherente y armónica de los programas ejecutados en el hospital y en el ámbito comunitario;**

**- posibilidades de coordinación y acoplamiento de programas educacionales de pre y posgrado (residentes y alumnos de posgrado);**

**- planificación conjunta de proyectos de investigación (clínicos, epidemiológico-clínicos, terapéuticos, de diagnóstico precoz, etc.).**

Hace un año, en una reunión con estos profesores realizada a propósito del programa del año lectivo pasado, yo enuncié estos postulados y los Profs. Peña y Mañé me decían que si pudiéramos hacer estas cosas bajaría la mortalidad infantil. ¿Qué mejor que hacer un programa educacional que baja la mortalidad infantil? Es satisfacer un objetivo adicional más importante que el educacional en sí. ¿Qué mejor que educar a los estudiantes tomando las medidas necesarias para que la mortalidad infantil baje?

En este sentido, el Prof. Mañé hizo un trabajo muy bueno sobre captación precoz del niño desnutrido. Es evidente que esas medidas contribuyen a disminuir la mortalidad infantil.

Si se compara estas bases con los elementos básicos programáticos de la enseñanza actual, se aprecia que hoy en día el programa, en lugar de unificado es disociado; que la ejecución no es por parte de un mismo grupo estudiantil, ya que éste se modifica circunstancialmente y cambia según el lugar y el ambiente. Es un grupo para ginecología, otro para obstetricia, otro para pediatría, otro para emergencia, otro para los partos, otro en la comunidad. Esto indica que podrá hacerse enseñanza grupal, en el mejor de los casos, pero ese conjunto carece de la unidad de equipo que hay que ir formando en los estudiantes antes de que se gradúen, si queremos que como médicos trabajen de esa manera.

La presencia permanente en la comunidad será constante; la actual es temporal y de corto plazo.

No quiero descalificar el programa, que bastante trabajo costó impulsar. Aquí están los coordinadores, a cuyo trabajo la Facultad debe estar reconocida, pero una cosa es el "sightseeing" de la salud en la comunidad, y otra cosa la radicación permanente. Una cosa es ir de visita, por más seria que sea la visita, de dos o tres semanas, o aún cuatro -la diferencia no es cualitativa, porque la frustración deriva de que se produce el retiro cuando la persona está comenzando a injertarse-, y otra cosa es insertarse en el medio, manteniéndose allí con responsabilidad, inclusive durante las vacaciones. Cuando los estudiantes trabajan en la comunidad y hacen una tarea que importa, no pueden suspenderla durante las vacaciones, ya que de lo contrario esa tarea se resiente. Tendrán que turnarse para que, yendo tres veces más durante un mes, de los tres meses tengan dos de vacaciones. Creo que van a aprender mucho de ese modo.

La asociación de tareas -estudio-trabajo- es importantísima. En estos momentos no tenemos tareas asistenciales asignadas en forma fija. Son esporádicas, pero no tienen el carácter de constituir la base del aprendizaje.

Los programas docentes y asistenciales no están vinculados; nosotros creemos que deben estarlo.



No hay adjudicación de responsabilidades, hay una evaluación tradicional del conocimiento, y en lo que concierne a la presencia periódica y sistemática de los docentes de clínica en la comunidad, el signo es la ausencia o, si se quiere, una visita esporádica. Aun los precursores han reducido su asistencia cuando la Facultad oficializó el programa. Necesitamos fortalecer la presencia de docentes de la más alta jerarquía académica.

Los Consejeros recordarán que yo estaba planteando, a propósito del retiro del Dr. Gómez Haedo, la conformación de un equipo en el que intervinieran él, el Dr. Etorena -que también se retira-, los Dres. Avellanal y Petruccelli; un grupo docente fuerte de internistas que apoye el programa de educación en la comunidad, en los aspectos de la medicina interna. Hay cosas magníficas para hacer, tanto en lo educativo como en la investigación.

### **Practicante de familia**

Hemos hecho un proyecto sobre el practicante de familia. El nombre tiene el siguiente origen. Una tarde me llamó por teléfono el Senador Batalla y me dijo que quería hacerme un planteo en relación con la Facultad. El acababa de viajar a Cuba y había visto funcionando allí el sistema del médico de familia. Le había parecido que permitía una atención de salud cualitativamente distinta, y manifestó su deseo de hacer aquí algo similar.

Debo haberle dicho que el mejor destinatario de la sugerencia era el Ministerio de Salud Pública; no sé si se lo comunicó, porque dicho Ministerio empezó el programa del médico de familia que todos conocemos. Pero lo que sí le dije, para que estuviera tranquilo en cuanto a que estas inquietudes encontraban eco en la Facultad, es algo que venimos pensando desde antes de la dictadura: que la inserción de los estudiantes en la comunidad tiene que ser permanente. Tenemos ejemplos de experiencias magníficas que generaron un duelo cuando se terminaron.

Señalé que la Facultad no puede tener un médico de familia. Es algo que debemos discutir. La Facultad no tiene ese tipo de médicos para atender ese sector de la atención primaria de la salud, y Salud Pública tampoco. El Ministerio ha inventado algunos cargos que tienen esa denominación, y cuyas características no es del caso discutir ahora. En cambio sí podemos tener practicantes a los cuales se les asigne familias. Sería una prolongación responsable del sistema de salud. Entre nosotros el Practicante siempre tuvo prestigio, porque era un valor en el sistema de atención hospitalaria del país. Tenemos que desear que con el internado obligatorio no pierda nada de su fuerza.

Estoy convencido de que el nuevo sistema educacional del año materno-infantil va a ser una forma distinta de preparar el internado obligatorio para estos 300 muchachos. Si hacen bien este practicantado externo y familiar en este año, el próximo no tendrán ninguna dificultad en sus funciones en los servicios a los que se les asigne como practicantes internos.

Nosotros conocíamos la experiencia cubana y pensábamos que podíamos rescatarla con un practicante de familia correspondientemente supervisado, que además estuviera aprendiendo.

Habíamos hecho un repartido que dice así:

**“El practicante de familia se constituye -como entidad plural- con una tríada de parejas de estudiantes del Ciclo Clínico-patológico y, por lo tanto, es un monstruo de 6 cabezas, 12 ojos (para ver), 12 oídos (para escuchar), 12 manos (para hacer), 12 piernas (para moverse), un solo propósito (atención de salud-aprendizaje) y una única responsabilidad, compartida e indisociable”.**

Al hablar del ciclo clínico patológico estoy refiriéndome a todos los años; me ahorro mencionar al médico-quirúrgico, que tiene que funcionar de la misma manera.

Decimos "12 piernas". En este seminario internacional al que concurrimos se insistía mucho en la importancia de las piernas, como recurso corporal para ejercer la medicina en la comunidad. El médico que está en la comunidad tiene que caminar bastante, porque son distancias relativamente cortas.

"Un solo propósito" es un factor fundamental: atención de salud-aprendizaje, estudio-trabajo, como elementos unidos.

"Una única responsabilidad, compartida e indisociable". Creo que los estudiantes tienen que ser solidarios en la responsabilidad, como en las sociedades comerciales.

**“Es responsable de la atención de un cierto número de familias”.**

Podrían ser 120, pero no sé cuántas en realidad. La atención materno-infantil es más restrictiva; queda fuera de programa, posiblemente, algún sector que tendrá que ser atendido en el año médico-quirúrgico. Los responsables del área correspondiente lo dimensionarán.

**“Presente en Comunidad: 2 mañanas por semana;**

**3 tardes por semana, (4 horas cada vez).**

Estarán un tercio de las mañanas: dos contra seis. Por otro lado, yendo cada pareja una vez por semana, la tríada -la entidad plural- estará presente tres tardes por semana. Como están siempre juntos, los que van ese día reportarán las novedades que hay a los compañeros que no fueron la tarde previa.

No se trata del régimen del médico de familia, que está todo el tiempo y que vive en el lugar; pero es seguramente una dedicación infinitamente mayor que la que tienen los llamados médicos de familia que se constituyen por aquí.

**“Presente, asimismo, con responsabilidad compartida (practicante "externo" en salas de internación, en la emergencia y en la consulta externa del hospital”.**

Yo sigo reivindicando la condición de practicante externo de los alumnos del ciclo clínico-patológico.

**“Atiende en policlínica (pediátrica y ginecológica y obstétrica) perteneciente al Centro de Atención Primaria de la Salud: 2 veces por semana, cuatro horas cada vez.**

**Atiende en domicilio de las familias que le fueron asignadas: 3 veces por semana.**

**Participa en programas de promoción y educación para la salud, preventivos, de asistencia y de rehabilitación.**

**Participa en:**

- **referencia: pacientes desde la Comunidad al Hospital;**
- **contrarreferencia: control comunitario de pacientes que han estado hospitalizados, en el Centro de Atención Primaria de la Salud y/o en el domicilio.**

**Aboga por la atención correcta de sus pacientes y controla la calidad del sistema asistencial”.**

Voy a reiterar lo que señalé otras veces: el Dr. Fidel Castro dijo, en el primer Seminario de Atención Primaria de la Salud, que el médico de familia tenía, como funciones esenciales, ser el abogado del paciente y el fiscal del sistema de atención de salud.

En el relato que me tocó hacer dije que el papel, tomado de las ciencias jurídicas, era muy correcto: abogado del paciente, y fiscal del sistema.

El practicante de familia tendría funciones similares, controlando también la calidad del sistema. Nosotros tenemos la obligación de actuar permanentemente en favor del paciente y de denunciar lo que éste por su modestia no puede denunciar.

**“Es el agente integrador que vincula e interconecta los constituyentes del sistema de atención de salud en sus diferentes niveles y formas de expresión institucional”.**

Ahora la OPS está poniendo de moda lo que se denomina SILOS -Sistema Local de Salud-, sistemas integrados que actúan en todos los niveles. Aquí los SILOS se van a constituir gracias al trabajo de hormiga de nuestros practicantes. Ellos van a constituir el elemento integrador del sistema local de salud. "Local" implica regionalidad.

He pedido bibliografía sobre los SILOS; hace poco que aparecieron; hay mucho escrito en relación al contenido conceptual que se les da, pero por lo poco que he entendido de ellos, me doy cuenta que los habrá en nuestro país en la medida que existan estudiantes que estén ligando el hospital con los centros de atención primaria y las diferentes unidades de atención de la salud.

**“Forma parte de equipos de investigación (clínica, epidemiológica, terapéutica, médico-social, etc.”.**

Estos son a mi juicio los elementos que caracterizan al practicante de familia.

Tengo la siguiente fantasía -voy a citar una sola-: los estudiantes van a detectar con las encuestas de salud familiar y del programa materno-infantil -el mismo programa del Ministerio- a una señora embarazada, que muy probablemente sospeche su embarazo pero que no se hizo las reacciones diagnósticas y que no ha consultado médico. La van a reclutar, a citar para que vaya al centro. Allí va a ser examinada por ellos, pero supervisados por un médico que será, a la vez, un docente calificado de la Facultad, de grado 2 o 3. Va a ser citada periódicamente para hacer el seguimiento, y además va a tener contacto con ellos en su actividad familiar. Así van a seguir controlando el embarazo, haciendo todo lo necesario, hasta que llegue el momento del parto. La señora tendrá el número de teléfono de dos o tres de los estudiantes, les avisará que comenzó con los dolores, y les dirá a qué lugar va a ir para ser asistida, aunque esto último ya se sabrá de antemano. En general la gente que será atendida por los centros de atención primaria se asiste en la maternidad, o en el Hospital de Clínicas. Lo importante es que ese practicante plural -yo diría que mínimamente tendría que ser la pareja- debería estar presente en el parto y será un apoyo invaluable. La relación médico-paciente, iniciada durante el control del embarazo, se va a fortalecer tan luego en el momento del parto, instancia suprema del proceso. Harán de ahogados de la señora, que va a ver en ellos la primera persona que conoce. A su vez, harán de fiscales si la señora es atendida; por lo menos van a protocolizar cómo fue atendida.

Si no asisten, constituirá una falta evaluativa.

Luego van a seguir el puerperio, los problemas que pueda tener el niño, muy probablemente desnutrido. Cuando ya vayan a neonatología, será a propósito de su paciente niño; y luego van a volver con el niño contra-referido a la comunidad, siguiéndolo en el ámbito familiar y en el centro de atención primaria de la salud. Iniciarán la actividad de puericultura.

Así procederán, de manera desfasada, con muchas señoras. Calculamos que cada grupo verá por lo menos 15 partos, que es infinitamente más que los que ven ahora. En las épocas en que éramos estudiantes teníamos que presentar seis historias de partos atendidos por nosotros. Veo que los registros del año pasado dieron cero. Los estudiantes no vieron partos. Además en las salas de parto se están codeando con las parteras, con los residentes, los estudiantes, los alumnos de posgrado. Seguramente aquí no será así, porque la señora dará preferencia a quien la atendió durante el embarazo.

Esto será, aparte, una experiencia formidable y humana de aprendizaje, que va a legitimar la unión de asistencia y docencia. También creo que va a ser toda una lección ética para el estudiante, que sabrá que cuando se controla y se sigue el embarazo, el proceso culmina atendiendo el parto; y lo será también para el sistema de atención de salud nuestro, en que el embarazo lo sigue un médico y el parto lo atiende aleatoriamente quien está de guardia; para que el parto lo atienda el médico que la siguió, hay que pagar. Eso -lo digo sin ninguna reserva- no me parece, desde el punto de vista ético, una solución satisfactoria. Creo que la Facultad tiene la obligación de enseñar que quien controla el embarazo atiende el parto, como hacían los antiguos obstetras y las madamas en nuestro país. Eso tiene un valor y un significado ético. Si queremos trascender, creo que tenemos la obligación no sólo de repartir el código de ética, sino de seguir una práctica profesional inobjetable desde el punto de vista ético.

*(Entran a Sala los Consejeros Iglesias y Pigatto)*

Hemos repartido también un esquema organizativo del año materno-infantil, en un cuadro que tienen los Consejeros. Existiría primeramente una instancia de seis semanas -habrá que dimensionarlo luego en la práctica- en las que el estudiante se capacita en semiología ginecológica, obstétrica y pediátrica. Es la herramienta para poder manejar los pacientes. Además se organiza un curso de introducción multidisciplinaria a la temática materno-infantil, con contenidos de las componentes psicológica —psicología y psiquiatría— y de medicina social. El estudiante se prepara conceptual y técnicamente, desde el punto de vista de sus herramientas operativas, para trabajar con pacientes.

A partir de allí se admiten dos variantes. Una es la que llamo de los semestroides, porque la mitad del grupo tendría una actividad pediátrica y luego otra ginecotológica, y la otra mitad a la inversa, con el inconveniente de que los docentes tienen que repetir el curso.

Si se logra organizar las cosas como un filamento torsionado podría hacerse coexistir las tres actividades. De ese modo los problemas de referencia y contrarreferencia se solucionan mejor. Se duplica el tiempo en que es posible mostrar ciertas situaciones patológicas.

La actividad sigue después de las cuarenta semanas escolares, con trabajo en la comunidad en la forma en que decíamos hace un momento.

Luego están graficadas las instancias de policlínica pediátrica y ginecotológica, con las horas de practicante de familia, realizando su programa familiar.

De las dos fórmulas me inclino por la que es más integradora, pero son los docentes y los especialistas los que dirán cuál es la mejor.

El martes próximo haremos una reunión con los profesores que intervendrán en este año, e invito a los Consejeros a participar. Nosotros tenemos derecho a opinar sobre esto, no en términos técnicos específicos, sino doctrinarios. Hay aquí cuestiones de doctrina educacional. Si ganamos la batalla del año materno-infantil, los triunfos se van a reflejar hacia atrás, porque también se van a modificar mucho los años médico-quirúrgicos.

**SEÑOR ALGORTA.**- El señor Decano ha hecho una exposición muy interesante, de la cual necesariamente va a surgir la controversia. Sería absurdo que todos estuviéramos un cien por ciento de acuerdo.

Quisiera plantear algunos aspectos. En primer lugar, el papel de la enseñanza en la comunidad, segundo, el concepto de lo que, exagerando, podríamos llamar "el médico de pie descalzo" -que sería uno de los peligros de la enseñanza simplificada de la medicina-; tercero, confundir el papel de agente promotor de la salud -que podría ser el practicante- con el ente estudiante, que por definición está hecho para estudiar y no para promover la salud. El estudiante está para aprender; todo lo que haga como promotor de la salud será en detrimento de su aprendizaje.

En cuarto lugar, tenemos el concepto de que el tiempo nos sobra -"ars longa, vita brevis"-, y lo ambicioso que puede resultar todo lo que se ha dicho hasta ahora choca con el tiempo real de que se dispone para hacer la carrera. Se debe llegar no con el summum, porque es irrealizable, pero sí con el máximo posible. Todo eso se puede prestar a múltiples discusiones.

En cuanto a la enseñanza junto a la asistencia, estoy completamente de acuerdo. Es un principio básico. El concepto de practicante externo, esta figura nueva que ha surgido ahora en la conversación, es muy ilustrativo. Todos los que fuimos practicantes externos en el hospital recordamos lo útil que fue esa primera experiencia, porque teníamos la responsabilidad de asistir. En ese sentido estoy muy de acuerdo con lo que dijo el señor Decano.

Sin embargo, me permito discrepar con el tiempo que se proyecta que se dedique a esa asistencia en la comunidad. Creo que el objetivo debe ser lograr tres años de ciclo clínico-patológico, incluyendo el CIMI, en vez de dos años y medio. Esos seis meses hay que ganarlos con el tiempo que le tenemos que sacar al Ciclo Básico -es otro tema que hay que discutir después- y el que tenemos que sacar a la docencia en la comunidad. Podría parecer una herejía lo que voy a decir ahora: debemos hacer una enseñanza intensiva en la comunidad, pero no larga. Sacando una parte a esos dos sectores podremos llegar a seis meses más, totalizando tres años entre hospital y policlínica.

Debemos evitar la hipertrofia de la asistencia en la comunidad. Es necesaria, pero en mi opinión debe ser corta, intensa, que no se pierda el tiempo; todo el tiempo que tengamos para ver enfermos en el hospital será poco. En la comunidad no se aprenderán muchas enfermedades que es necesario saber.

Se dice que el practicante va a lograr que haya un descenso en la mortalidad infantil. Es muy probable, pero ese no es el objetivo del alumno, sino aprender medicina. La parte clínica de la medicina, específicamente, se sigue aprendiendo en el hospital y en la policlínica. Estoy de acuerdo que algo se ve en la comunidad, pero es distinto. Ese algo que se ve en la comunidad debe ser más intenso que ahora y en menor tiempo.

Hace poco llegó al hospital un grupo que durante todo el tiempo que estuvo en la comunidad no vio un solo enfermo. No es una crítica al sistema, sino que falló la coordinación.

**SEÑOR DECANO.-** Yo estoy proponiendo que dediquen dos mañanas a esta actividad. En una de ellas, la tarea estará centrada en la clínica ginecológica y obstétrica; en otra, en la pediátrica. Es imposible que no vean ningún enfermo.

**SEÑOR ALGORTA.-** No es una crítica al sistema, pero creo que todo ese tiempo que dediquen a la comunidad va a ser en detrimento de algo fundamental para el estudiante -y ya lo dijo Perogrullo-: que la medicina se aprende en el hospital. Tengo miedo de que toda esa hipertrofia de la comunidad vaya en detrimento de aquello.

**SEÑOR PRADERI.-** Cuando en el Consejo discutimos el plan de estudios es cuando me siento más útil, y no cuando dedicamos el tiempo a considerar reglamentos o nombramientos.

El sistema de docencia que estamos haciendo en el hospital -con seminarios y demás- es muy liceal. El estudiante se sienta y asiste a esas instancias, aunque se discuta el enfermo en el seminario. Es muy distinto al sistema del internado que hacíamos nosotros. El estudiante actuaba en la sala y ayudaba a atender al enfermo. La única manera de aprender bien es que le enseñen viendo o colaborando con una buena práctica de la medicina.

Lo fundamental del sistema que propone el señor Decano es que da una participación activa al estudiante. Es lo más positivo: que el estudiante siga al enfermo, a las embarazadas y demás.

Hace cuarenta años el Ministerio de Salud Pública tenía un sistema excelente de policlínicas de barrio. Mi padre era médico de Villa Muñoz, y a la vez tenía un cargo, en comisión, en el Hospital Pedro Visca. Como se peleaba con todos los Ministros de Salud Pública, para que no lo pudieran echar desempeñaba los dos cargos. En verano yo iba con él por Villa Muñoz y de todas las puertas de las casas lo saludaban, porque lo conocían.

**SEÑOR ALGORTA.-** Pero no debemos confundir la promoción de salud con el concepto de estudiante, que está para aprender.

**SEÑOR DECANO.-** No quiero hacer una discusión semántica con el Consejero Algorta, pero atender un niño en una policlínica pediátrica de un centro de salud o controlar el embarazo de una señora, o atender ese parto en el hospital, o presenciarlo seguir el posparto, la lactancia y demás, no es promoción de salud; es un nivel asistencial que en el hospital no se puede hacer. No cabe eso en la policlínica pediátrica.

El niño tendrá en el verano las diarreas tradicionales y en el invierno las enfermedades respiratorias agudas. Se ven en el hospital, pero también en los niños que consultan en la periferia. No hay diferencia. El manejo del paciente en uno y otro lados es el mismo.

Cuando sea necesaria la internación, los estudiantes seguirán a ese mismo niño en el hospital, y habrán aprendido mucho más que si lo hubieran recibido directamente en el hospital. Sabrán lo que significa decidir que el niño debe ser hospitalizado.

**SEÑOR PRADERI.-** El sistema de los médicos de barrio a que me refería era en realidad lo que hoy se llama el médico de familia. Es lo que sucede en los pueblos del interior, donde el médico conoce a todo el mundo, sabe toda su historia clínica y demás.

Todo eso es positivo. Lo mismo la participación activa del estudiante. De todos modos, es un sistema totalmente distinto al que estamos usando nosotros, que es pasivo. Hablarán, pero en la asistencia del enfermo no son activos.

El otro problema es que esos practicantes no van a estar entre gente enferma, sino entre sanos. En el caso del año materno-infantil es algo distinto, pero dista mucho de la situación del hospital, donde la concentración de patologías hace que cada enfermo sea una enseñanza.

En las policlínicas y consultorios de primera instancia, en todos lados -donde están todas las facilidades de acceso y sin pagar nada-, aparecen señoras, las

"comadronas" del barrio para consultar porque les duele un callo, por el lumbago, y que en definitiva no tienen nada. Hay que saber atender esas situaciones. Los que hacen medicina general lo saben. Es muy difícil, entre esos enfermos que no tienen nada -o al menos que aparentan no tener nada-, seleccionar y diagnosticar a quienes sí tienen algo.

Esto se da más que nada en pediatría, según tengo entendido. Hay un estándar de patologías muy comunes y repetidas, pero, aunque estadísticamente son pocas, hay que saber diagnosticar las enfermedades raras. Ahí es cuando se distingue a los buenos pediatras.

**SEÑOR DECANO.-** Por eso van a seguir yendo al hospital.

**SEÑOR PRADERI.-** ¿Cuántos enfermos con patologías raras van a ver? Que no se nos pierdan los estudiantes metidos en policlínicas con gente que está enferma y con gente que no tiene nada. En el hospital, seguramente, tienen enfermos de verdad, y mucha variedad.

El otro problema que quiero señalar es el tiempo. Si dispusiéramos de mucho tiempo, no importaría, pero disponemos de un plazo finito y escaso. Siempre repito que estamos enseñando solamente una parte de la medicina. En la clínica a mi cargo enseño solamente el 40% de la cirugía. El otro 60% no lo doy, ni lo enseña nadie. Hay clínicas de la Facultad donde nunca entró un estudiante.

En estos minutos escribí siete aspectos de cirugía infantil que los estudiantes de pediatría pueden decirme si los ven o no.

1) Otorrinolaringología infantil: las amígdalas, cómo se operan, cuándo, las malformaciones, seguir el posoperatorio, etc.

2) Cirugía plástica infantil. Hay un capítulo extensísimo. Hay muchas malformaciones. Son temas muy difíciles. Por lo menos deben saber que existen.

3) Cirugía cardíaca infantil. Están todas las malformaciones congénitas infantiles. Es de las cosas más difíciles de la pediatría.

4) Neurocirugía infantil, con todos los temas que implica.

5) Ortopedia.

6) Cirugía urológica infantil. No son muchas cosas: los reflujos vesicales, las malformaciones congénitas y demás.

7) Oncología infantil.

Quisiera saber si ven estas cosas. Estoy seguro que no.

**SEÑOR ALGORTA.-** Muchas de las cosas se ven, por suerte integradas a la clínica general.

**SEÑOR PRADERI.-** Pero los estudiantes no van a la clínica de cirugía plástica a ver un labio leporino, una malformación determinada. No saben reducir una pronación dolorosa, que es de las cosas más fáciles de diagnosticar en la medicina. Días pasados encontré un médico que no sabía qué era una pronación dolorosa. Son personas que no hicieron nunca puerta del hospital. Tuve un jefe de clínica que era un mago manejando



enfermos complicados en el CTI. Sin embargo nunca había visto un pitiático. Por eso digo que yo, por ejemplo, estoy enseñando menos de la mitad de la cirugía. Me preocupa mucho.

En nuestra época de internos hicimos seis rotaciones. Cuando fui a traumatología -en la época de auge de la especialidad; estaba el Prof. Bado al frente-, recuerdo que luego de seis meses, sin haber faltado nunca, antes de irme de allí me di cuenta de que no había visto fisioterapia. En seis meses de internado bien hecho no había tenido oportunidad de aprender fisioterapia, cosa que no se enseña en la Facultad de Medicina y que sirve para curar muchas enfermedades. ¿Cuánta gente se recibe de médico sin saber que existen ese y otros capítulos importantes de las disciplinas de la salud?

Un médico general debe saber que existen malformaciones y que se pueden operar. Estamos enseñando mal y poca medicina. Entonces, ¡cuidado con mandarlos a escuchar a las comadres del barrio que vienen a decir que tienen reumatismo, que tienen esto o lo otro, cuando tenemos enfermos de verdad por todos lados! Pienso, entonces, que tienen que ir a escuchar eso, pero que vayan también a ver, por ejemplo, una malformación congénita que se trata con cirugía plástica.

El médico tiene que saberse manejar con el paciente. Justamente, a veces frente a una de esas comadres el médico descubre un cáncer. Muchas veces cuando empieza el cáncer no duele nada. Opero todos los días, todas las semanas; el otro día operé a un paciente que hacía dos meses que estaba dando vueltas con una placa, y tenía cáncer de estómago. Esta semana operé otro caso similar, con cáncer de colon. En la placa se veía. El radiólogo, que no era especialista en vías digestivas, no lo diagnosticó. Le pidió que fuera a un endoscopista. Pasaron quince días. El endoscopista pidió una biopsia, y pasaron otros quince días. Cuando llegó a verme, el enfermo hacía dos meses que tenía un cáncer, paseándolo por todos lados. Yo escribo en esas historias clínicas: "Cáncer de estómago que pasea por los consultorios hace dos meses".

El Uruguay tiene récord mundial de cáncer. Ahí es donde veo útil esa función, pero tiene que ser un médico clínico que sepa distinguir entre el estándar de pavadas; que entre reumatismos y tortícolis, sepa diagnosticar un cáncer de verdad. A veces tratan a la paciente por gastritis o úlcera, pero nadie hace una buena palpación. En el caso que operé, el bulto era fácilmente apreciable en el estómago. Y estoy hablando de grandes clínicos de la Facultad.

Si vamos a hacer las cosas de forma tal de solucionar esos problemas, me parece bien.

**SEÑOR DECANO.-** Justamente es para eso.

**SEÑOR PRADERI.-** Pero tengamos cuidado de sacar a la gente del hospital donde tenemos concentración de enfermos. Pongamos un pie en la comunidad, pero no olvidemos que al estudiante hay que inyectarle muchos conocimientos en poco tiempo. El ejemplo de traumatología puede extenderse a muchos otros servicios y laboratorios que hay en el Hospital de Clínicas. Creo que nunca fui a todos. Hay que saber que existen esas técnicas, esas especialidades, qué es lo que se puede y lo que no se puede hacer. Y digo todas estas cosas con ánimo constructivo.

Con respecto a cáncer estamos por hacer unas cartillas muy simples de diagnóstico clínico mínimo de las afecciones más elementales que mucha gente ya ha olvidado.

**SEÑOR DECANO.-** Esas cartillas contienen los conocimientos que una persona que va a ser médico no puede dejar de saber.

El Prof. Praderi va a terminar -como aspiro a que lo hagan los Profs. Etoarena y Gómez Haedo- trabajando con el equipo docente en atención primaria, porque estas son cosas propias de esa área de acción. Para el ciclo médico - quirúrgico voy a proponer la presencia de los cirujanos también en los centros de atención primaria, por razones que el hermano del Prof. Praderi ha puesto en evidencia discutiendo con la dirección del Hospital de Clínicas.

**SEÑOR ALGORTA.-** Pero aprender sólo la cartilla no sirve. ¿Qué es la cultura? Lo que nos queda después de todo lo que aprendimos. Si aprendemos algo digerido, resumido, esquemático, no sirve para nada; no se entiende nada. No se puede hacer un médico de pie descalzo.

**SEÑOR DECANO.-** La cultura nace del ejercicio. El señor Consejero está confundiendo e introduciendo elementos que ha oído y leído en otro lugar. No he dicho eso. La gente que defiende la atención en la comunidad como instancia realmente primaria de la salud rechaza que esa sea una medicina para pobres, el concepto de médico con pies descalzos, de médicos incompetentes, o apenas competentes, mezclando cosas que alguna vez se dieron en otros lugares.

Voy a contestar ahora al Consejero Praderi, con el mismo ánimo constructivo de polémica, porque lo que él ha dicho es esencialmente en apoyo de lo que proponemos nosotros; podremos tener discrepancias técnicas y demás, pero ni a él ni a mí nos compete hacer el programa de esto, porque es propio de los especialistas. El estudiante que va a actuar en el hospital y en la comunidad justamente va a estar en el tercer nivel, en el hospital más calificado, y a la vez en el primer nivel. Él va a ser el elemento de referencia entre ambos sectores. Entonces, cuando vea sus pacientes en el hospital -independientemente de los que se ven siempre o de los que llegan por vías de las que él no participa- los encarará con un mordiente, con una carga de motivación que será fantástica. No es lo mismo ver un parto anónimo de una señora, un hecho biológico anónimo y respetable como tal, que ver el parto de la señora cuyo embarazo atendió, de cuya gestación hizo la psicoprofilaxis. Esa componente mental que tiene que manejar el médico general la habrán ejercido los estudiantes con la embarazada.

Se produce, entonces, un vínculo médico-paciente muy positivo. Yo podría citar ejemplos que este año ya se dieron, aun con la presencia temporaria breve de los estudiantes. Estos elementos son la carga de motivación que van a jerarquizar el tercer nivel. Cuando aparezca un niño en neonatología que es el resultado del parto de una señora que vieron en la comunidad, va a ser el niño del estudiante, cuya gestación estuvo controlando y estudiando. Va a ir a neonatología con una fuerza motivadora de su presencia allí muy distinta a la llegada anónima del alumno a ver recién nacidos que no sabe quiénes son ni cómo se llaman.

Todo esto tiene un peso y una fuerza que no es producto del no uso de calzado, sino del buen uso del calzado; de haber caminado para poder estar en condiciones de tener, desde el punto de vista del aprendizaje, el privilegio de la responsabilidad en el contacto con los pacientes.

Me gustaría ser estudiante para hacer un programa educacional de este tipo. Estoy convencido de que va a tener muchísimo éxito, porque va a motivar al cincuenta por ciento de los estudiantes.

**SEÑOR ALGORTA.-** Estoy de acuerdo con el señor Decano, pero el tiempo es corto. "Ars longa, vita brevis".

**SEÑOR DECANO.-** Lo sé; por eso es que hay que aprovechar intensamente los semestres y hay que trabajar más. Hay que estar plenamente en la tarea.

**SEÑOR PRADERI.-** Pero los semestres son cortos y los estudiantes se escapan.

**SEÑOR DECANO.-** Nunca en la vida de la Facultad hubo, como los fijamos ahora, semestres de cuarenta semanas. Y los estudiantes que se escapan van a tener falta, pero no de bedelía: tendrán falta con la madre, con el niño, con la responsabilidad.

**SEÑOR VIÑAR.-** Más que una intervención sobre este modelo organizativo, quiero hacer algún comentario sobre aspectos que me parecen interesantes.

Pienso que un punto de controversia es la ponderación de los tiempos a dedicar a la enseñanza centrada en el hospital -cuya importancia nadie duda- y ese nuevo polo -sobre el que hay menos experiencia, y que constituye algo fundante-, que es la experiencia centrada en la asistencia en la comunidad.

Si la distribución del tiempo y la energía de este esquema respeta el equilibrio o no, es un tema de controversia que el Consejo tendrá que definir exactamente, porcentuando quizá esos tiempos que el alumno dedicará a uno y otro polos en base a las capacidades docentes y demás. De todos modos, no se hará una actividad en perjuicio de la otra; aquí está especificado que el semestre será de cuarenta semanas, y que implica un aumento del tiempo diario y anual del estudiante dedicado a esto.

Yo me resisto a pensar que el alumno es sólo estudiante en el ámbito hospitalario, y promotor de salud en la comunidad. En el polo comunitario también hay enfermos. Es tanto o más estudiante allí en la periferia que en el hospital, porque en aquélla existe un elemento altamente formativo que consiste en decidir si el paciente tiene o no tiene alguna enfermedad. Yo hice seis o siete años de guardia en el hospital como practicante externo e interno. Es un tiempo de responsabilidad médica decisiva, y un tiempo formativo esencial.

Para el Prof. Praderi puede ser fácil decir "este paciente tiene algo", "yo lo veo así". Pero él posee la experiencia de haber visto centenares de pacientes que no tienen nada. Ese paso de experiencia el estudiante debe darlo temprano.

Escuchando al Prof. Praderi recordaba de mis tiempos de estudiante -porque no tengo experiencia de ejercicio de la medicina clínica ulterior a haberme recibido-, cuando toda la enseñanza de la clínica y la patología estaba centrada en el hospital, que una de las dificultades era el discernimiento -y de ahí ese tiempo de elaboración que un

estudiante necesita en esta etapa- entre el paciente que es normal y no tiene nada o casi nada, o tiene una patología banal y simple -sea sano, sea pitiático o sea molesto-, y el paciente que tiene eso que concentra el hospital, que es una patología mayor, que requiere una asistencia relevante. Ese saber discernir entre quien tiene algo serio y que merece asistencia urgente, y aquel que simplemente necesita medidas preventivas de control, es altamente formativo.

Es necesario, entonces, tender un puente en el aprendizaje, con una base centrada en el hospital y otra en la comunidad, donde están los dos tercios o tres cuartos de la población que se asiste, algunos con una patología elemental, pero otros no.

Por más que sea algo antiguo, que no se haya inventado hoy, el crear ese puente en forma sistemática en la órbita educacional de la Facultad y para todos los estudiantes, me parece de un progreso doctrinario y organizativo fundamental. Se aprende por contraste, y se entiende el caso serio del hospital y lo que es una anomalía, una malformación de la salud cuando está haciendo el contraste entre la patología seria de la comunidad y la patología seria que concentra el hospital.

Esa alternancia de contrastes que promueve este plan me parece un avance y un progreso respecto a una enseñanza exclusivamente centrada en el hospital, me parece un cambio radical en la concepción del proceso de enseñanza-aprendizaje.

**SEÑOR FOLLE.-** Encuentro en este proyecto muchos más elementos positivos que objeciones o aspectos negativos.

Hay una frase que puede contemplar la inquietud que manifestaba al Consejero Algorta: "Existencia de supervisión docente sobre cada actividad escolar-asistencial de la unidad operativa".

Quiere decir que este plan puede dar excelentes resultados, o ser muy malo, según que la actividad del estudiante -y el Consejero Algorta tiene razón: son estudiantes- esté o no supervisada.

**SEÑOR DECANO.-** Esta es una propuesta realista que tiene ya un examen de factibilidad. Yo hice ya algunos dimensionamientos que no explicité, porque es más tarea de los organizadores.

Nosotros tenemos seis Adjuntos de grado 2 en las tres clínicas pediátricas, que van a trabajar apareadas con las gineco tocológicas, y otros seis Adjuntos en ginecotología. Si los Adjuntos rotan una vez por semana y van a la comunidad, cinco quedarán en el servicio. Junto a los 18 estudiantes de cada servicio que van a ir a la comunidad, va a haber un docente de grado 2 de la clínica respectiva, y otro del programa comunitaria. Además si los grados 3, 4 y 5 rotan, tendrán la oportunidad de hacer la revisión de casos y una discusión de temas -los docentes dirán cuáles son los que importan- con el personal de nivel superior. Aparte de esto, van a quedar cinco grados 2 en las clínicas para trabajar con unos 40 estudiantes. Es un número privilegiado. Los van a orientar en trabajo de taller, de examen de paciente, y van a revisar luego la situación con los docentes de grado superior.

**SEÑOR FOLLE.-** Volviendo un poco a la analogía que se hace muy a menudo y que vale la pena mencionar, comparo este programa un poco con el externado, donde

teníamos una supervisión prácticamente tutorial. Yo aprendí muchísimo por el mero hecho de estar todos los días junto a los docentes. Eso fue en cuarto año. Cuando pasábamos a quinto, perdíamos ese contacto y entrábamos en esa especie de anonimato.

Creo que esto va a poder hacerse como está proyectado, y es uno de los grandes méritos: tener un docente de referencia.

Respecto al temor que señaló el Consejero Praderi, como bien dijo el Dr. Viñar, creo que en el Hospital se aprenden los casos difíciles, pero se aprende poco a distinguir, entre un montón de pacientes que no tienen nada, aquel que sí tiene un problema.

Voy a poner un ejemplo que reconozco que es un poco exagerado, que no se da a menudo. En la prueba final de posgrado de cardiología a un alumno le tocó una paciente absolutamente banal, con una leve hipertensión. Este alumno, que había pasado ya por algún otro posgrado, cuando nos expuso el paciente -al que ya había interrogado-, en los cinco minutos primeros ya le había hecho un cateterismo, lo había operado, y estaba hablando qué válvulas -le había puesto dos- tenía que cambiar. Esta persona no sabía discernir entre los ochenta soplitos que iba a ver por día en señoras de cincuenta y cinco o sesenta años, y quien tenía realmente una patología sería.

Creo que aquí se van a ver esos pacientes comunes y, apoyados en el asesoramiento correspondiente, van a poder distinguir los enfermos serios. Con que lleguen a ver uno o dos en esas condiciones, ya va a ser una experiencia muy importante.

**SEÑOR DECANO.-** Cuando se encuentre un enfermo excepcional de tercer nivel, va a ser descubierto y procesado por el estudiante, con todo el sentido que tiene como elemento motivador.

Días pasados en un centro de salud, viendo el programa educacional, me referían la satisfacción de los estudiantes que descubrieron un niño epiléptico -enfermedad que desconocían sus familiares-, lo llevaron al centro, se hicieron todos los exámenes, los estudios, lo pasaron al hospital, y allí fue procesado con técnicas que no hay en un centro de atención primaria. ¿Cuánto aprendieron estos muchachos de epilepsia, aparte de la sensación de haber contribuido en algo a realizar una actividad que tiene valor?

Me parece tan importante que, cuando se llegue a otro nivel de especialización y se haga con una historia del caso, creo que los alumnos no se van a olvidar más de esto. No es lo mismo entrar en el CTI de niños o en el servicio neonatológico como abogado del niño, que entrar a ver niños allí como si fuera simplemente un espectador. Porque en el fondo es un espectador. ¿Qué puede hacer un estudiante cuando llega allí, si ni siquiera puede relatar nada sobre la historia anterior de ese niño? ¿En cambio este otro sí puede hacerlo. Yo creo que son cosas que psicológicamente importan mucho en el aprendizaje.

**SEÑOR FOLLE.-** Hay otros dos aspectos que también son muy importantes. Uno está latente en todo esto, y el Decano lo señaló hace un momento: lo que llamaría la humanización de la medicina. Ya no se trata de lo puramente científico, sino también de lo humano.

Con respecto a la promoción de la salud, me parece que con este método los muchachos van a tener una idea muy importante de lo que es la prevención de la salud, más allá de los aspectos directamente relacionados con la medicina preventiva y social.

**SEÑOR PIGATTO.**- Queremos referirnos al tema en general, adelantando la opinión de la AEM sobre el trabajo en la comunidad.

De todo lo que se ha manifestado en Sala hasta ahora se deduce que las posiciones no son tan encontradas como en un principio podrían aparecer. El Prof. Praderi comenzó su enfoque de determinada manera, pero luego su posición fue haciéndose más concordante con lo que nosotros pensamos en muchos aspectos. También en el camino el Consejero Algorta fue afinando más sus ideas. En síntesis, creemos que las posiciones no son tan desencontradas, y que en definitiva apuntan hacia lo mismo: el trabajo en la comunidad es una herramienta válida, y somos conscientes de que hay que apoyarla en forma decidida.

No se trata de que los estudiantes seamos promotores de salud. A pesar de que no somos ineptos para desarrollar otras tareas, no estamos capacitados específicamente para eso. Podemos, sí, dar un apoyo a la promoción de la salud, pero fundamentalmente la comunidad nos va a enseñar a manejarnos en una consulta con la gente que acude al centro.

Aquí se habló con expresiones un tanto despectivas de las señoras del barrio o las comadres. Esas personas vienen buscando que se les solucione sus problemas, y no sólo que se les dé un medicamento. Una de las responsabilidades del médico es determinar si la persona tiene una afección, o si ese malestar que acusa responde a determinada etiología que debe ser tratada por otros caminos.

Nosotros tuvimos la suerte de ser practicantes y de recibir muchísimas consultas de "comadres", como se decía aquí. Estuvimos en el interior y vimos muchísimos niños, y se nos escapó -tenemos que reconocerlo- más de una neumopatía aguda por insuficiencia de diagnóstico.

Cuando nos enteramos por distintos medios de difusión que las afecciones cardiovasculares son la principal causa de muerte en nuestro país, y que entre ellas ocupa un lugar prominente la hipertensión arterial como causa determinante o factor de riesgo para otras afecciones, me pregunto si a esa viejita que viene a la consulta se le toma siempre la presión. ¿Cuántas hipertensiones moderadas pueden ser atendidas? ¿Cuántas cosas se pueden prevenir a través de una acción en la comunidad? ¿Cuánto puede aprender un estudiante para manejarse luego como graduado? Porque en definitiva apuntamos a eso: a que el futuro médico sepa manejarse luego frente a una población que viene a consultarlo.

Consideramos que tiene gran valor establecer ese puente a que se hacía referencia entre el hospital y la comunidad; y no porque la Facultad lo imponga, sino porque los estudiantes lo vamos a tomar con la responsabilidad que corresponde. Lo que decía el señor Decano en cuanto a los elementos afectivos, a ser el abogado del niño, es algo que no lo determina un plan, sino la conciencia del estudiante en el ejercicio directo de la enseñanza que va a tomar de la comunidad, y de la responsabilidad frente a

la comunidad. Lógicamente, va a haber estudiantes que van a asumir plena responsabilidad, y otros que quizá no lo hagan.

Por eso creo que en este sentido la acción de los docentes pasa a ser fundamental. Los profesores tienen que asumir esta visión y transmitir al alumno que debe comprometerse con la temática que está tratando, con la población que está asistiendo, con los tropiezos que puedan tener esa embarazada o el niño, si tienen que internarse.

La experiencia en la comunidad va a ser muy beneficiosa no sólo para el estudiante, sino también para el docente, que puede pasar luego a un centro hospitalario y desarrollar ahí todo lo que pudo aprender en la comunidad, y viceversa: volcar en la comunidad todo lo que aprendió en el hospital, a través de la detección de determinadas patologías, y del discernimiento de los niveles de atención que deben merecer los pacientes que le llegan, ya sea en un centro hospitalario o en el propio centro periférico.

Creemos que el nivel de enseñanza en la comunidad ha sido desperejo este año.

**SEÑOR DECANO.-** Necesariamente tiene que serlo. Todavía es despereja la enseñanza clínica. Recuérdese las anécdotas de las "acciones de bolsa". Los profesores titulares leían las "cotizaciones de bolsa" de cada semestre según el número de alumnos anotados. Eso implicaba toda una valoración del servicio.

**SEÑOR PIGATTO.-** Por supuesto que en este caso también será despereja, porque está hecha por seres humanos y no máquinas, pero el estudiante aprenderá de la comunidad en la medida que la acción docente allí sea de alta dedicación y nivel. El profesor tiene que estar altamente concientizado de la tarea que va a desarrollar en la comunidad. Ahí no va él a decir quién se interna y quién no, ni a discernir qué personas tienen que ser tratada en un centro de internación superior, y cuáles entrarían en la catalogación del Prof. Praderi, es decir, esa subdivisión de consulta.

El estudiante no es, entonces, un promotor de salud, sino que va a apoyar a quienes corresponde serlo, y fundamentalmente va a aprender de la comunidad. Eso exige una alta responsabilidad por parte de los docentes que van a estar a cargo de esos grupos de estudiantes, por lo que aquéllos deben ser quienes tengan las más altas calificaciones. Debemos evitar que esta experiencia se transforme en un escalón intermedio.

También será necesario conseguir niveles parejos en los distintos centros, de forma que los alumnos no sientan que en algunos aprovechan, mientras que en otros pierden una mañana. El razonamiento es lógico: "Si yo acá no aprendo estoy perdiendo de estudiar para un examen". Nosotros íbamos al servicio cuando aprendíamos, cuando había docentes que nos enseñaran; de lo contrario, no. No nos servía ser mensajeros del hospital; si nos pedían que fuéramos a hacer un examen y simultáneamente nos enseñaban, bien; pero para hacer mandados simplemente no íbamos.

**SEÑOR IGLESIAS.-** Comparto plenamente lo que dijo el Consejero Pigatto. No voy a ahondar en el tema de la importancia que damos a la enseñanza en la comunidad.

Considero que es fundamental dar una responsabilidad al estudiante, y que de ese modo aprenda. La comunidad es un lugar ideal para eso, pero a nuestro juicio debe

ir acompañado de un cambio sustancial de la enseñanza en el hospital. Aprender teniendo responsabilidades asistenciales -naturalmente que al nivel que corresponda a cada uno- es el cambio fundamental que necesita la Facultad. Creemos que empezó a hacerse, y que debe profundizarse en el ciclo materno-infantil. Justamente por eso, el cambio tiene que hacerse en ambos lados.

No vamos a reiterar la importancia que tiene el hecho de que el estudiante vea al enfermo todos los días en la comunidad. Estamos cansados de escuchar que los estudiantes que sólo transitan por el hospital salen manejando muy bien los enfermos con patologías más difíciles, pero que desconocen las más fáciles. También estamos cansados de escuchar en los propios servicios de cirugía que hay muy pocos enfermos de real interés para los alumnos; que se ve solamente cánceres muy avanzados; que hernias no hay porque los pacientes van cuando no soportan más.

**SEÑOR PRADERI.-** Patología quirúrgica anal casi no tenemos en nuestras clínicas, por el nivel tan modesto de la gente; no concurren si no es por una gran necesidad. En cambio en las mutualistas son la tercera parte de los enfermos.

**SEÑOR IGLESIAS.-** A eso me quería referir: no sólo el estudiante tendrá oportunidad de ver pacientes con esas patologías, sino que a la vez va a prestar un servicio muy importante a toda esa gente que está esperando a no soportar más para referirse a un centro especializado, por múltiples razones.

**SEÑOR PIGATTO.-** La comunidad no nos sirve para aprender a ver un resfrío, o para ver quién tiene cáncer y lo internamos y quién no lo tiene y lo dejamos allí. No queremos ver la comunidad con un sesgo "patologista"; la queremos como algo que nos integre al manejo de una población.

**SEÑOR DECANO.-** A la atención integral de la salud de una población, donde emergen situaciones patológicas, datos clínicos, consultas que el estudiante, por la frecuencia, va a encontrar allí. Que, además, va a procesar en la medida que las distintas componentes del sistema de atención de salud lo vaya exigiendo. Va a llegar con ellas al hospital, y luego va a seguir controlándolas. Es lo que el Dr. Olazábal quiere hacer y no puede, porque no hay quien realice el control domiciliario.

Yo había ingresado apenas a la Facultad cuando en la Asociación de los Estudiantes de Medicina oí hablar de los proyectos de atención domiciliaria y de la participación de los estudiantes en esas actividades. Lo decía el Prof. García Otero, el clínico más eximio que en su momento tenía la Facultad. Era consultante internista, de consulta obligada en los casos más difíciles. No conozco en detalle ese proyecto, y alguna vez, cuando me retire, buscaré los documentos en los cuales él hacía esta propuesta.

**SEÑOR PRADERI.-** En 1920 iban al interior del país estudiantes de medicina y de agronomía y hablaban, por ejemplo, de la sífilis, la tuberculosis, y otros problemas que preocupaban al medio.

**SEÑOR ALGORTA.-** Yo pediría a los estudiantes que para el año próximo -no con la experiencia de este año- programen una encuesta entre sus compañeros respecto a qué piensan sobre el ciclo básico y la comunidad.



**SEÑOR PORTILLO.-** Todo los grupos de estudiantes que pasaron este año por la comunidad hicieron una evaluación con su equipo docente, en cada uno de los centros. Si a eso se agrega una evaluación escrita, que está en curso, con catorce preguntas que se supone que deberían contestar anónimamente dos mil estudiantes, habrá elementos de juicio como los que pide el Consejero Algorta.

**SEÑOR IGLESIAS.-** Sé el porqué de la preocupación del Consejero Algorta -y a algo de eso se refirió el Consejero Pigatto-: este año la experiencia en la comunidad no fue todo lo que uno desearía, pero es lógico. Es el primer año que salimos a la comunidad, con un grupo de docentes recién formado y con una serie de dificultades. Nadie puede esperar, entonces, que el primer año que hacemos la experiencia tengamos resultados espectaculares.

Creemos, sí, que estas experiencias negativas nos deben servir para el futuro. No podemos negar el programa en base a una mala experiencia inicial, precisamente por todos los elementos de juicio que mencionamos hasta ahora.

Concretamente, respecto al tema del año materno-infantil, creemos que es muy positivo comenzar a integrar de una vez por todas la enseñanza clínica. Pensamos que debe integrarse en lo que es posible.

En cuanto a la organización del curso, pensamos que lo mejor es que el alumno tenga un curso introductorio en el que maneje los aspectos fundamentales de la enseñanza materno-infantil, concurra a la comunidad con la asiduidad que se ha planteado, pero que a la vez también tenga una continuidad en el hospital, porque consideramos que es fundamental también la enseñanza en ese sector. Por eso nos inclinamos por la propuesta que divide el curso en semestroides, como los llamaba el señor Decano, para dar al estudiante una continuidad también en el hospital.

¿Qué está ocurriendo hoy en día? Que de pronto el alumno ve una neumopatía aguda cuando ingresa, y si no sigue la evolución en sala de pronto a la semana lo pierde. Si está un día en un lado, dos en otro y demás, no está en ningún lado, o está mal en todos. La fórmula de los semestroides daría una continuidad en el hospital y en la patología que, si bien pertenece al ciclo materno-infantil, es propia de cada especialidad. Hay patologías propias del niño que no tienen nada que ver con la madre. A su vez, hay todo un aspecto en la obstetricia que está totalmente integrado, pero otro que tiene una especificidad propia. Nos parece, entonces, que la continuidad en ambos lados va a ser más provechosa.

No desconocemos los aspectos integrables, pero pensamos que en la comunidad podrán ver ambos aspectos, siguiendo esas patologías luego en el hospital. Eso es fundamental en la responsabilidad que el estudiante asume frente a ese paciente que deriva al hospital; frente a esa embarazada que constata que tiene una desviación en su proceso de gestación. Debe referirlo al hospital, y seguir luego al paciente, fundamentalmente por la responsabilidad adquirida, más que por la patología en sí.

**SEÑOR RADICIONI.-** Casualmente, pertenezco a la generación que este año hizo su primera experiencia concreta en los centros de salud, en el año materno infantil.

El Decano había propuesto un modelo operativo con parejas de estudiantes yendo a la comunidad, dedicando determinado tiempo a la actividad con las familias. En teoría la idea nos entusiasmó, pero temíamos por las posibilidades concretas de realizarla. Conversando con el coordinador, Dr. Portillo, comparábamos este programa con la contratación de un chárter: uno sabe cuándo sale, cuándo llega y qué puntos va a tocar. En este caso era como un cheque en blanco: se nos decía que iba a pasar todo esto, pero en la realidad se estaban formando recién los equipos de salud, no sabíamos dónde íbamos, cómo iban a ser las rotaciones. Eso despertó un poco de temor en nosotros.

Recuerdo, por ser delegado de los estudiantes de la clínica del Prof. Mañé, que con la Dra. Ruocco cambiamos tres veces el cronograma que se había planteado, porque había problemas con psiquiatría y medicina legal para coordinar actividades. Era desagradable tener que explicar a los estudiantes las fallas, aclarando que se trataba de algunos detalles de organización de una experiencia nueva.

El Dr. Portillo fue a explicar estos problemas, en un momento en que todo el mundo estaba de acuerdo con que no se iba a ir a la comunidad. La gente se resistía porque sabían que el día del examen le iban a preguntar lo que habían visto en el hospital. Era una experiencia donde nada estaba concretado formalmente. Afortunadamente una semana antes salió el nombramiento de los docentes, se nos dieron garantías de que íbamos a contar con docentes y que la actividad estaba planificada de tal manera que no perderíamos el tiempo. La gente respiró aliviada.

Luego, el primer día que llegamos a la comunidad ya nos quisieron enviar a hacer encuestas. Nuevamente los estudiantes rechazaron esas encuestas, porque lo único que sabíamos era la dirección donde teníamos que ir. Ignorábamos qué beneficios obtendríamos nosotros o la gente que entrevistaríamos. Inclusive discutimos que daba la impresión de que nosotros íbamos como a colonizar a la gente. Había que ir de túnica y recorrer la zona de encuesta, y estaba todo planificado lo que había que preguntar. La gente decidió no salir hasta que no se aclarara por lo menos dónde estábamos parados, y qué relación tenía ese centro con la comunidad. Recuerdo que fue en la Unión, donde está AUPI; alguien preguntó qué era AUPI, y nadie supo responder. Creo que uno de los docentes supo explicarnos más o menos qué significaba la sigla y qué funciones cumplía en el medio.

Se había dado información general, pero no sabíamos concretamente que había otras policlínicas, etc. Por ejemplo, la gente a veces nos preguntaba: "Entonces, ¿si voy a la escuela me van a dar información?". Y nosotros no sabíamos siquiera si esa escuela estaba o no dentro del sistema, o si para vacunar al niño teníamos que referirlo al centro.

En definitiva, luego de la encuesta quedábamos más cuestionados nosotros que la propia familia encuestada.

Nuestro grupo fue el primero. Sé que después cambió la dinámica y en el segundo semestre se corrigieron esos errores, porque como decía el Dr. Portillo al final de las dos o tres semanas que estuvimos se hizo una encuesta con crítica y autocrítica de todo el grupo. A partir de allí se empezaron a mejorar algunas cosas.

Quería referir esto porque son los elementos puntuales que hay que tener muy en cuenta cuando se va a la comunidad. Por ejemplo, íbamos a controlar si estaban las vacunas al día y nos daban esos sobrecitos del "certificado esquema de vacunación". Nosotros no sabíamos dónde estaban los datos, y la señora de la casa nos tenía que decir: "Del otro lado está todo marcado". En realidad aprendíamos más nosotros que la propia gente. Deberíamos haber conocido bien estos pequeños detalles.

**SEÑOR DECANO.-** Los alumnos que vienen del segundo año médico-quirúrgico este año van a poder hacer pie en la comunidad con un medio que, aunque superficialmente, ya les es conocido.

Yo me imagino al estudiante que ya desde el ciclo básico ingresa a una cierta área y que trabaja allí todos los años, hasta egresar. Va a ser un personaje reconocido y querido en el ambiente; y de allí va a sacar elementos vitales para su formación integral.

Insisto -y el Consejero Folle lo dijo con razón- en que detrás de esto está la humanización de la medicina. Cuando discutí esto el año pasado con la Dra. Gentile dije: "Detrás de este programa está el propósito de formar médicos con otros valores, con otra mentalidad, con otro sentimiento de compromiso con la gente, con el enfermo.

Esta es una cuestión de urgencia. Lo dijimos hace un año en ocasión de la entrega de los títulos de Profesor Emérito, y los episodios desgraciados de la atención de la salud pública durante este año no hacen sino ratificar aquellas expresiones. Con una Facultad de alumnado masivo, con un ingreso de casi mil estudiantes que hay que formar, no tenemos más remedio que generar experiencias educacionales que impliquen un impacto formativo en el educando, que sean verdaderas experiencias vitales.

Cada vez que se inauguran los cursos decimos que no queremos capacitar sólo técnicamente: queremos gente capacitada técnicamente lo mejor posible, pero además formada como hombres que son médicos. Es el objetivo de una Facultad como la nuestra, de una Universidad como la nuestra, en un país como el nuestro.

El año que pasó tropezaron con dificultades; el próximo tendrán también otras. El grado de aproximación al objetivo va a ser mediocre. Es posible que la mitad de los estudiantes se sientan compenetrados con la experiencia. El año que pasó quizá una tercera parte sintió el impacto de este pasaje fugaz por la comunidad. Si la experiencia hubiera sido más persistente, más alumnos hubieran llegado a este grado de activación, de compenetración.

El año próximo no creo que consigamos que sea el cien por ciento porque hay mucha fuerza de valores tradicionales en contra. El año pasado, cuando nos reunimos con los docentes de grado 5 aquí, la primera piedra contra el proyecto la tiró un delegado estudiantil -y digo "un delegado" en sentido genérico-; y lo hizo sinceramente. Creo que en los estudiantes había resistencia, porque ellos, revolucionarios en su postulación, son profundamente conservadores en la conducta. Algo nuevo siempre asusta. No hay generación de estudiantes que haya encabezado una transformación educacional que no diga, aquí y en cualquier país del mundo -lo he oído decir en México- "somos los conejillos de indias del programa". Siempre hay temor y resistencia al cambio. Es un hecho psicológico que está comprobado.

Y en esa oportunidad los profesores se quedaron mudos, porque el delegado estudiantil estaba interpretando tanto el temor de ellos, que habló en realidad por todos esos docentes; éstos se sintieron de alguna manera amparados en sus temores legítimos, y también en sus comportamientos inerciales. La realidad muestra que no son los profesores los motores de las transformaciones, sino los estudiantes, o un sector de éstos mirado siempre por el resto como un tanto visionario, un tanto fuera de la realidad. La palabra que se utiliza, con un sentido ambiguo, es "idealistas", aludiendo a que se mueven por ideales y a que están fuera de lo material, es decir, que lo que proponen no es realizable o factible en la realidad material.

Me parece muy buena esta intervención, porque nos advierte de muchos problemas. De ninguna manera creo que esta otra que proyectamos tenga una aproximación de cien por ciento al objetivo. Si tuviera un cincuenta por ciento y consiguiéramos que 160 estudiantes de los 320 se compenetraran de esto y vivieran una experiencia educacional inédita -hay que reconocer que esta experiencia sería inédita-, el éxito de la Facultad sería tremendo. Tengo la convicción de que en estos años pasados los estudiantes repetían cosas en los exámenes, pero no aprendían nada en el ciclo materno-infantil. ¿Cómo se puede saber de obstetricia si ni siquiera se vieron partos? Ahora van a ver el parto de la señora que van a atender antes en la comunidad. Van a saber el nombre y apellido del niño antes de que nazca.

**SEÑOR RADICIONI.-** En las reuniones en las que participé a nivel de los docentes, veía que ellos tenían cierto miedo a los cambios. Preguntaban, respecto a los docentes que pertenecían a las clínicas y que debían ir a trabajar a la comunidad, "qué porciones de poder" se les sacaba o se sumaba, ya sea a la actividad hospitalaria o a la comunidad.

En una reunión en la que participé y en la que estaban todos los docentes de grado 5 eso quedó en evidencia, porque el tema que fuimos a discutir, netamente estudiantil -fecha de exámenes y demás- derivó hacia una discusión entre ellos respecto a quién sacaba docentes y horas, a dónde se llevaban a los estudiantes que tenían que estar en el hospital.

Digo esto como aporte a la discusión, ya que no se trata sólo de lo que se proyecta en teoría, sino también de pulir ciertos conceptos, para que todos vayan con la misma idea. No me refiero tanto a la planificación previa, sino más que nada a las charlas informativas especificando bien, tanto a los docentes como a los estudiantes, en qué consiste la experiencia. Daba la impresión de que no todos tenían el mismo rumbo.

**SEÑOR DECANO.-** Por eso es que estamos planteando que los docentes de clínica sean copartícipes de este programa en la comunidad, y que vayan al terreno. Me parece fundamental que se sientan parte actora y gestora de este programa. Con su presencia, además, van a jerarquizar la actividad.

La sola presencia nuestra -y porque representamos a la Facultad; no por nuestra persona- en un centro de salud generó un impacto tremendo en el personal médico. La Directora de un centro me manifestó su sorpresa. Yo también me sorprendí, porque cuando nos cruzamos me saluda cordialmente, pero cuando me vio en la que era su casa, su lugar de trabajo, sintió otra cosa. Aquí ve a la persona. Allá sentía, de alguna manera, que era la Facultad la que se interesaba por hacer algo en conjunto. Me dijo que

para ella era un honor que el Decano fuera a ese lugar. No se debía a la persona del Decano, sino a que la Facultad se ocupara de ese sitio modestísimo, lleno de carencias como unidad de atención de salud.

He dicho muchísimas veces que no alcanza con poner el nombre de atención primaria a una policlínica de barrio porque esté de moda esa denominación. Para que realmente constituya una unidad de atención primaria hay que hacer cosas que normalmente no se hacen en esas policlínicas. Hay que definir un programa que es exigente, que tiene una riqueza e integralidad que no manejamos nosotros.

En este país habrá atención primaria si nosotros, educativamente, enriquecemos los actuales programas con un contenido que actualmente no tienen, y no nos limitamos a hacer funcionar una policlínica periférica. Son dos cosas diferentes. Habrá atención de la salud mental comunitaria, como desean los teóricos en la materia, si nosotros logramos definir acciones modestas de atención de la salud mental en la comunidad. Eso va a depender en buena medida de nosotros. ¿Por qué?: Porque el área de la comunidad y la integración docente-asistencial no sólo dan un espacio educacional del que la Facultad carece, sino que también elevan la calidad del servicio. Nosotros vamos a jugar un papel decisivo en el cambio del modo de atención de salud.

Tenemos que trabajar mucho para convencer a los docentes de todos los grados; hacerlos rotar y participar. Los grados 5 tienen que salir a la intemperie, porque les va a hacer bien el oxígeno. Van a poder conocer la realidad, a discutir en un nivel de paridad con los estudiantes, como en el hospital no se da. Va a cambiar el modo de relación de los estudiantes con los docentes. Los estudiantes que pasaron por la comunidad dicen que ven al docente de otra manera. Esta relación también se humaniza.

Todo esto va a depender de nosotros, de los docentes y también de los estudiantes. Este programa no puede hacerse en contra de la convicción de los estudiantes. Tenemos a favor que son estudiantes que han pasado por los dos años del ciclo médico quirúrgico, que han vivido una experiencia educacional nueva. Y no tanto por las idas esporádicas a la comunidad, sino porque en el hospital han cambiado ciertas cosas. Los estudiantes, que defienden ciertos valores pedagógicos, ahora tienen la oportunidad de encontrarse con la interpretación más aproximada a lo que teóricamente queremos lograr. De ellos va a depender que sean motor. No podemos caer en la ingenuidad de pensar que todos van a ser motor, pero sí se va a rescatar un porcentaje de éxito que va a marcar cualitativamente una etapa de formación de la cual ellos van a referir dentro de unos años.

Además esto será preparatorio del internado, que se parece mucho más a lo que proyectamos que a instituir espectadores pasivos de una situación de atención de salud que a veces es compleja, cuya solución está fuera de nuestro alcance.

Digo estas cosas porque pienso que los delegados estudiantiles son el vínculo entre sus representados y el Consejo. Siento que nosotros estamos muy lejos de los estudiantes, metidos aquí adentro. Estamos muy lejos porque ustedes no promueven nuestra participación en contacto con estudiantes. La gente no sabe qué pensamos, qué proponemos.

**SEÑOR PORTILLO.-** Tendría que optar por ser abogado de la doctrina o fiscal de los modelos operativos, tanto del actual como del propuesto. Creo que en este ámbito y dada la hora, sería preferible ser exclusivamente abogado de la doctrina y dejar la fiscalía de los modelos operativos para otro lugar y otro momento en que se pueda concretar con más detalle, sobre todo en virtud de algunas de las expresiones vertidas por parte de los señores Consejeros.

Evidentemente el desorden era algo previsible. El hospital le lleva casi 200 años de ventaja a la comunidad en organizar la educación, y sin embargo hasta hace poco hemos oído críticas de docentes que no están en el hospital, de cirujanos que se van a operar y no atienden a los estudiantes en las reuniones semanales de coordinación que habíamos proyectado. Creo que era bastante lógico suponer que en la comunidad, empezando casi 200 años después, íbamos a tener problemas, y los vamos a seguir teniendo 200 años más, hasta alcanzar una antigüedad en educación como la que tiene el hospital.

El Consejero Algorta manifestaba que Perogrullo dijo que se enseña en el Hospital. Ya desde el siglo pasado, continuando en este siglo, distintas corrientes de pensamiento en el terreno de la educación médica, originadas sobre todo en Estados Unidos, han hecho planteos en este sentido. Michel Foucault relata muy bien esto en el nacimiento de la clínica, en el Siglo XVII, cuando el hospital empieza a cumplir funciones de enseñanza, además de la asistencia. Hay un estudio muy conocido -que está por cumplir veinte años-, que hemos recordado infinita cantidad de veces, que realizará White, un profesor epidemiólogo norteamericano, en el que demuestra, siguiendo a una comunidad cerrada de mil personas durante un período de un año, que de ellos exclusivamente diez llegaron a internarse en un hospital universitario. Concluye -y es apoyado por un conjunto de escuelas epidemiológicas norteamericanas y latinoamericanas- que la educación médica se estaba haciendo -y de hecho, en gran medida, continúa realizándose- con el diez por mil de los problemas de salud y enfermedad.

De ahí vamos a otro problema: ¿cuál es el papel de la medicina? ¿Es atender al que tiene el bulto grande, o a las comadronas que plantean su problema, y que es lo más frecuente? De ahí me remito a un epidemiólogo inglés, Thomas Mackinnon sobre el papel de la medicina, en un libro que tiene casi treinta años pero que sigue siendo muy interesante. ¿Cuál es, repito, el papel de la medicina? ¿Es exclusivamente atender las cardiopatías congénitas? ¿Cuántas vi yo como docente y como pediatra con una práctica clínica de quince años? En cambio vi, sí, muchas rinofaringitis que fueron diagnosticadas como neumopatías agudas, otalgias trasladadas desde el interior con diagnóstico de meningitis supurada.

Creo que el gran problema de la malformación médica -es una impresión personal; no lo digo como un teórico en educación, sino como alguien que practica la clínica a diario; no es bueno sacar conclusiones en base a opiniones personales, pero aquí se han dado otras ya- es el sobrediagnóstico -y no el subdiagnóstico-, con las enormes angustias que está generando permanentemente, por la falta de capacidad para asumir una responsabilidad. Y se trata en su mayoría de afecciones banales, porque

como señalaba bien el Dr. Viñar, el gran problema de salud-enfermedad que afecta a diario a la gente no es el que se ve en el hospital.

No estamos con esto pretendiendo decir que el hospital deba ser desplazado de la educación médica sino que -tomando palabras de muchas autoridades e investigadores en educación médica de corrientes actuales en América Latina- es necesario el balance armónico entre el hospital y la comunidad, a los efectos de una formación médica más adecuada.

Por supuesto que cada Facultad, conforme a cada realidad, deberá definir cuál es ese balance armónico, qué porcentaje corresponde a cada una de ellas.

Quisiera señalar alguna cosa que quizá el Decano por modestia no ha mencionado. Acabamos de participar en Cuba en un taller de educación médica, con todas las personalidades de América Latina vinculadas al tema, coordinado por José Roberto Ferreira, que es Director de la División Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud, y en el cual tuvimos el privilegio de ser distinguidos como relatores. Se presentaron tres experiencias consideradas piloto y como modelos en América Latina: una de la Universidad Autónoma de México, una experiencia cubana, y la que presentó el señor Decano. Pese a lo poco que hemos hecho, fue considerado por quienes concurrieron a ese taller -en su mayoría Decanos de distintas Facultades de América Latina- como una experiencia cualitativamente distinta y absolutamente trascendente.

Participamos también en el panel que se realizó el primer día de ese Congreso -"El médico que la comunidad necesita"- presentando la experiencia de la Facultad de Medicina de Uruguay, junto con cuatro Decanos más, que presentaron todas experiencias trascendentes como modelos de educación en América Latina. Sin embargo la experiencia que nuestra Facultad está haciendo modestamente, fue considerada también de mucho valor.

Creo que es importante señalar que en estos momentos los distintos investigadores en educación médica de América Latina, y las corrientes más aceptadas, tienen quizás una opinión bastante distinta a las que aquí se vertieron. Podemos referirnos a un artículo publicado en "Educación Médica y Salud", también por José Roberto Ferreira, sobre el papel del hospital en la educación médica hoy en día en América Latina, y cuánto es lo que realmente ha solucionado la enseñanza médica basada en el hospital, con respecto a las necesidades que efectivamente tienen hoy nuestros pueblos.

Hoy en día -reitero: hoy- en el Uruguay se mueren dos niños -debe haber fallecido uno de mañana y otro de tarde- por desnutrición o causas vinculadas a ésta. Eso no lo soluciona ni lo enseña adecuadamente el hospital, donde se ven las etapas terminales sin posibilidades de solución.

Creo que los estudiantes -las críticas que hacían los Consejeros de ese orden son absolutamente válidas y las compartimos- empiezan a ver ahora dónde se gesta ese fenómeno que habitualmente ven en su etapa terminal y -repito-, en el caso de pediatría, totalmente incorregible. A pesar de los avances de la tecnología, de la cirugía cardiovascular y de la neurocirugía neonatal, la desnutrición, las diarreas y las

infecciones respiratorias siguen siendo las enfermedades de niños que matan más gente. Dos terceras partes de las muertes que se producen antes del año podrían evitarse con medidas muy simples, inclusive sin hospital. La OPS tiene, como una de sus metas, combatir la diarrea con la rehidratación oral, que ha disminuido el nivel de internación y ha abatido en cierta manera los indicadores de mortalidad infantil.

Estas cosas no las aprendimos nosotros en el hospital. Sin llegar a esas situaciones extremas, como decía el Consejero Folle su práctica en el consultorio fue la que lo formó después para lo que iba a ver luego a diario. ¿Quién daba clases de rinofaringitis? Por eso hoy las rinofaringitis son todas neumopatías agudas bacterianas. La iatrogenia es una de las principales enfermedades que padece hoy el mundo. En los Estados Unidos de América sólo las minas y la industria de la construcción matan más gente que la iatrogenia médica. Cerca de 160.000 personas mueren por año debido a errores médicos, por medicación inadecuada. Cerca de 3:000.000 quedan severamente enfermos para el resto de su vida. Creo que en nuestro país también está pasando algo de esto, por una mala formación médica, centrada exclusivamente en el hospital, con una sobrevaloración de una serie de aspectos que, aunque muy importantes, no son los únicos.

Por eso creo que cada cosa debe tener su justa medida, y que recién ahora la Facultad de Medicina empieza a caminar buscando ese equilibrio. No es una receta ni un modelo que la OPS o cualquier otra organización internacional puedan definir. Esa meta hacia la cual la Facultad empieza a caminar coincide con lo que el pensamiento latinoamericano en materia de educación médica considera en este momento como lo más adecuado.

Para calificar y evaluar con precisión objetiva lo que se ha hecho en este año, hemos intentado hacer -como decía en la intervención anterior, aclarando una inquietud del Consejero Algorta- la mayor cantidad de evaluaciones con docentes y estudiantes que participaron.

Hace ya más de veinte años que Juan César García pregonaba que la educación médica debía hacer mucho énfasis en la comunidad. Él hablaba del concepto de cultura estudiantil, y decía que ésta debía ser el termómetro ideal para realizar innovaciones, cambios y, en lo posible, transformaciones en educación médica. Compartimos totalmente ese concepto. Aun sin la formación pedagógica y didáctica -que se supone que los estudiantes no tienen para poder evaluar adecuadamente-, confiando en esa cultura estudiantil, hemos hecho esa evaluación que pretendemos que nos permita contar con elementos que consideramos más apropiados para nuestra segunda postura, que será la de fiscal de los modelos operativos.

Hoy considerábamos que lo más importante era citar brevemente algunos aspectos de la doctrina de la educación médica basada en la comunidad. Creo que nuestra Facultad, con lo poco, modesto y equivocado que ha hecho en esta materia -y me excluyo, aunque me caben las generales de la ley-, está distinguiéndose en el ámbito de América Latina. Tanto es así que el año próximo es casi seguro que se realizará un taller de educación médica en Montevideo, con participación de universidades de América Latina y de Europa, porque nuestro país es considerado como un lugar a partir del cual se pueden intercambiar experiencias, presentando realizaciones concretas.



Termino señalando que nuestra representación en Cuba, además de presentar el esquema del programa, finalizaba citando frases de los estudiantes. Fueron tomadas textualmente por los docentes, y se referían a las características de la enseñanza realizada en uno de los centros de atención de salud. Una de las cosas que señalaban -como expresó el señor Decano- era su relación con los docentes. Decían: "Por fin vimos lo que en el Hospital nadie te enseña"; "por fin aprendimos a hablar y a ver las cosas como deben ser". Son algunas de las muchas frases que el equipo de salud de Santa Rita, con gran capacidad, recogió textualmente. Hay diapositivas confeccionados que podemos ver en alguna oportunidad.

Con esto queríamos simplemente destacar algunos de los elementos más positivos de la doctrina y de lo que significa para nuestra Facultad encaminarse hacia la docencia en la comunidad. Queremos pedir, simplemente, que para la fiscalía de los modelos operativos tengamos la paciencia que se ha conservado durante los 200 años que lleva el hospital enseñando.

**SEÑOR VIÑAR.-** Luego de escuchar el carácter de la discusión y de percibir el esquema de trabajo, tengo la convicción profunda -que viene de haber trabajado una buena decena de años en la gestación del nuevo plan de estudios- de que este modelo organizativo constituye un avance doctrinario indiscutible.

Ese puente que se pretende trazar entre el polo periférico comunitario y el hospitalario, en cuanto a docencia y a actividad estudiantil, más que oponerlos como lugares antinómicos, son polos que en su contraste deben complementarse, y me parece un cambio doctrinario radical. Es necesario que no sólo se desplacen los estudiantes sino -como decía el señor Decano- los docentes de todos los grados, creando un dispositivo de rotación que no puede hacer otra cosa que enriquecer la docencia.

Se dice -y se vuelve casi frase hecha- que ningún proceso de cambio puede hacerse sin riesgo, sin conflicto, quizá sin escándalo y sin resistencia. Pienso que las dificultades de todo cambio pueden estar incrementadas en este caso.

Si bien creo que en el plano doctrinario el nuevo plan comporta un progreso, las dificultades mayores no van a estar ni en los estudiantes ni en el cuerpo docente, sino en el hecho de insertar un programa -con todo lo que comporta en el plano ético, en el político, en sentido amplio, y en el humanístico- que es sano y de progreso entre estructuras que son caducas y cuya pobreza las ha llevado inclusive a su corrupción.

Yo señalaba hace poco que me imaginaba la forma en que se estaba trabajando en estos centros periféricos que la Facultad constituye en su acuerdo con el Ministerio, en el lugar de implantación de esta actividad docente, hacia donde se desplazan estudiantes y profesores; cuáles eran sus condiciones laborales, asistenciales, los niveles de atención médica. Creo que hay que prever algún cierto tipo de cortocircuito, dificultades y fricciones, por el hecho de insertar el programa en estructuras que son caducas -y las excepciones no invalidan la generalización-, paupérrimas y a veces corruptas en cuanto al tipo de remuneración de los médicos, de dedicación horaria y por la realidad de las condiciones asistenciales. La Facultad tiene que pensar algún momento y algún lugar para la elaboración de esas dificultades. No basta con decir que

todo cambio comporta resistencias, riesgos y conflictos, sino que hay que crear un lugar y un nivel, preventiva y anticipadamente, de elaboración de este tipo de problemas.

No sé cuál va a ser el tipo de relación laboral entre el ginecólogo y el pediatra que opera en cada uno de los centros periféricos, con el pediatra o el obstetra que vengan con una ética que la Facultad les ha permitido obtener. Y cuando el señor Decano citaba a Fidel Castro, que hablaba de los estudiantes como fiscales y defensores, pienso que la analogía tiene sus límites, porque la realidad social y sanitaria de nuestro país -cualquiera sea la posición ideológica que sobre política general se tenga- no es comparable con la de Cuba. El tipo de conflicto que esta ideología y esta postura universitaria puede comportar en un país en el que los espacios destinados a atención de la salud son los que conocemos, y el deterioro de la calidad de atención médica en los últimos quince años es el que conocemos, me preocupa un factor de riesgo que se puede prever.

Adhiriendo altamente a cualquiera de los tres modelos organizativos, por la convicción que tengo de que esta es una mutación de progreso que hay que apoyar, debemos cometer los menores errores posibles en la controversia; pero lo que no había oído mencionar hasta este momento es como una estructura moderna y de una ética que a mi criterio debe estar fuera de duda, puede funcionar con estructuras asistenciales que todos conocemos y cuya calificación de decente es, en términos globales, bastante cuestionable. Eso hay que pensarlo y procesarlo en algún lugar.

**SEÑOR DECANO.-** Yo viví seis años en Cuba y mi hija estudió medicina allí. El plan de estudios con el cual ella hizo sus estudios desde 1978 en adelante se parecía mucho más al plan con el que estudió medicina en el Uruguay, desde 1905 en adelante, mi padre, el abuelo de la niña. Antes el plan se parecía algo al de Montevideo: postulaba la integración y tenía desde el comienzo contenidos de psicología y de ciencias sociales.

Antes la iniciativa doctrinaria en materia de planes de estudios médicos era de la Universidad de La Habana y su Facultad de Ciencias Médicas. En ese momento, estando nosotros allí, por el año 1976, se produce una reforma institucional en Cuba y, adoptando modelos de otros lugares, se comete el error garrafal de ubicar la Facultad de Ciencias Médicas dentro del Ministerio de Salud Pública, con el nombre de Instituto Superior de Ciencias Médicas. Así, la iniciativa ideológica y pedagógica del plan queda sometida al pensamiento del Ministerio de Salud Pública de Cuba, que había mantenido -cosa paradójal- un antagonismo con la Facultad de Ciencias Médicas, aún dentro del proceso revolucionario. Hay diferencias de postura, aun con la misma ideología y la misma filosofía. El Ministerio, con una posición mucho más arcaica, toma la decisión y da un paso regresivo. Recién hace muy pocos años se estableció en Cuba, al comienzo de los estudios médicos, una unidad temática, una instancia educacional que se llama salud y sociedad, en donde los estudiantes salieron a conocer la realidad de salud de su país.

Repárese, entonces, que la gran transformación de la salud en Cuba no fue hecha ni por el Instituto de Desarrollo de la Salud -que existía dentro del Ministerio de Salud Pública- ni por la docencia médica que hacían las universidades cubanas y luego el instituto superior, sino que fue realizada por la propia revolución.

Cuando oigo hablar de promoción de salud recuerdo algo que alguna vez dijimos: es un hecho fundamentalmente político y la hacen los gobiernos. Es la política la que define que haya, por ejemplo, trabajo para todos, vivienda y salud, etc. Son las fuentes básicas de la salud. No podemos dar al Ministerio de Salud Pública de Cuba -que algunos méritos tiene- el mérito fundamental de la transformación de salud, que es realizado por el proceso revolucionario, con sus virtudes y defectos; no hay proceso sin defectos.

Yo interpreté el porqué de la expresión del Comandante Fidel Castro a propósito del rol del médico de familia: abogado del paciente y fiscal del sistema. El Consejero Praderi dijo que el Prof. Chifflet en aquellos ateneos era el pariente del enfermo. ¿Quién es el pariente del enfermo? El que aboga por la buena atención del este. Tampoco Fidel Castro está innovando nada. El médico tiene que ser el abogado del paciente. Eso vale aquí y en cualquier lado. ¿Y por qué el fiscal del sistema? Porque la revolución había hecho un esfuerzo grande en dotar de atención médica a todo el país, pero los servicios no funcionaban en términos adecuados al costosísimo esfuerzo que la revolución había hecho para erigirlos.

Puedo citar un solo ejemplo: los policlínicos comunitarios no estaban llenos de pacientes, sino las guardias de los hospitales. La gente prefería ir a las guardias, donde estaban los médicos jóvenes, en actividad, en combate, que podían tratarlos satisfactoriamente de asma, de hipertensión arterial, de las enfermedades más frecuentes que debían ser objeto de tratamiento y asistencia en los consultorios de atención primaria. Sólo cuando se da un vuelco muy grande en el sistema es que empieza a funcionar de otro modo la atención primaria en Cuba.

Cambiando lo que hay que cambiar, reconociendo que no podemos hacer una superposición de realidades, concluimos que los sistemas de atención de salud necesitan -y les hace bien- un control y una fiscalización permanente. En Cuba no se acepta una muerte materna ni una muerte neonatal sin un examen cuidadoso de las causas. Eso es una necesidad, inclusive programática, para mejorar y depurar el sistema. Por lo menos tenemos que decir cómo se atiende al paciente. La Facultad tiene que hacer también una contribución constructiva y científica. Podemos hablar de que el sistema está mal, pero tenemos que demostrar y cuantificar cómo y en qué está mal, justamente para retroalimentar con la crítica la transformación; por lo menos dar banderas o consignas para ese cambio.

Por eso traslado la función al modesto practicante de familia, plural pero con una sola responsabilidad, indivisible, indisociable. Esto es lo fundamental, porque esa sola responsabilidad es la que debería tener el cuerpo médico nacional para la atención de la gente, y no la tiene; es la que debería tener la institución médica de los propios médicos, y no la tiene; subrayo: no la tiene. Hay que repartir el código de ética y generar otras formas de ejercer éticamente la profesión. Esto es lo que queremos empujar con las experiencias educacionales.

**SEÑOR PRADERI.-** Luego de oír la exposición del Prof. Portillo me satisface su erudición, y me congratulo de que en la Facultad exista quienes estudiaron el tema en esa forma. Las cosas están inventadas; no hay que inventarlas, sino buscarlas en los libros.

Esos datos estadísticos que él ha señalado reflejan una gran verdad respecto a la situación de los niños. Y el problema es mucho más grave en los países tropicales, o sea, la mayor parte de América Latina, con los problemas sociales y económicos de esas poblaciones, las distancias. Yo llegué a atender enfermos en Manaos, en el Amazonas, en Santa Cruz de la Sierra. Hay extensiones enormes en los países tropicales de América que no tienen hospitales. Siendo pasajero de un barco en el Amazonas, al llegar a un pueblo bajé en un bote a atender a los enfermos. En el pueblo no había médico, y el profesional del barco bajaba en un bote a atender.

Pero en pediatría y en maternidad es todo diferente. Ahí es donde inciden más los problemas sociales, económicos, nutricionales. Está bien que se aplique este sistema en pediatría y en obstetricia, pero tengamos cuidados con las innovaciones en nuestros países latinos. Las organizaciones en equipo son muy difíciles, y en nuestro país tenemos varios obstáculos: primero, el individualismo de la medicina y del médico; segundo, el antichauvinismo latinoamericano- si alguien de aquí descubre una técnica o publica un trabajo no tiene tanto valor como si lo hace un extranjero-; tercero, los problemas de honestidad y seriedad que se planteaban aquí, y los problemas económicos. A la gente se le paga mal. Estamos exigiendo a los médicos cosas que no se las pagan.

En mi clínica unas veces me siento capataz de estancia, otras me siento un remolcador, otras parecería estar en la isla de la tortuga. Y en cuanto a lo que decía el Decano del oxígeno, tengamos cuidado porque si salen a tomar oxígeno de pronto se nos pierden los docentes. A veces de mañana hago llamar por teléfono a los médicos a sus casas, para preguntarles por qué no vinieron a trabajar. Pero manejar una clínica con los dos vintenes que paga la Facultad es muy difícil.

Hacer cosas complicadas y en equipo en los países latinos es algo difícil. Estoy contento de trabajar en un hospital sencillo, casi familiar, donde todo el mundo se conoce y donde todo está a la vista. Si uno se escapa, se nota en seguida. En el Hospital de Clínicas es imposible hacer una reunión en anatomía patológica, porque hay que subir en ascensor. El Clínicas es un Hospital complicadísimo, y anda mal. Tengamos cuidado, entonces, con las idas a las policlínicas, porque los docentes pueden perderse por el camino.

**SEÑOR PORTILLO.-** Comparto plenamente lo que dice el Consejero. Creo que hemos vivido, tanto dentro como fuera del hospital, los riesgos que él menciona.

Las diferencias con la medicina tropical son, por supuesto, enormes, pero quisiera hacer dos aclaraciones en ese sentido.

En América Latina hay pocos hospitales, y se usan mal. Según declaraciones de Carlyle Guerra de Macedo, Director de la OPS, en el año 1985 América Latina gastó US\$ 14.000:000.000 por mal uso de los hospitales, por utilización innecesaria. De modo que con lo que la educación médica en la comunidad pretende reivindicar, que es la atención en el primer nivel, se evitaría ese gasto.

**SEÑOR PRADERI.-** Así es; se evitaría la internación innecesaria, porque al no haber medios de atención en ningún lado, se interna pacientes por una dolencia leve.

**SEÑOR PORTILLO.-** Yo cité ejemplos de América Latina, pero esta corriente de educación médica orientada hacia la comunidad no es patrimonio exclusivo del área, sino que hay otros países como Canadá y Holanda que han expuesto experiencias de este tipo. Aun en países muy desarrollados es una doctrina con gran auge.

**SEÑOR ALGORTA.-** Creo que la tendencia moderna a minimizar el papel del hospital es incorrecta. De ninguna Facultad del mundo egresan médicos en condiciones de ejercer, luego de terminar los cursos, si no hacen tres o cuatro años de residencia, salvo en algunos países muy atrasados. Y esa residencia la hacen en el hospital.

Es muy sencillo hacer planes de pregrado sin una asistencia intensa al hospital, porque después tienen que ir tres o cuatro años de todos modos. Si se encara así, lo acepto. Pero el hospital sigue siendo tan válido como antes.

**SEÑOR DECANO.-** Se va a votar si se continúa tratando los temas relativos al nuevo plan de estudios en una sesión extraordinaria el próximo viernes 23, a la hora 8.

*(Se vota) Once en once: AFIRMATIVA.- Unanimidad.*

---

### **FRAGMENTO DEL ACTA DEL VIERNES 23 DE DICIEMBRE DE 1988**

(Acta N° 76)

*(Entran a Sala Coordinadores y docentes de los distintos ciclos del Plan de Estudios).*

PLAN DE ESTUDIOS. (Evaluación de actividades. Propuestas para el año próximo).

#### AÑO MATERNO INFANTIL

**SEÑOR DECANO.-** Tuvimos una segunda reunión con los profesores del área, a la cual no pudieron concurrir los Profs. Mañé y Gentile. Tampoco concurre el Prof. Sica Blanco, porque tenía a la misma hora una reunión del Consejo Arbitral del Sindicato Médico del Uruguay.

En la reunión el Prof. Maggi comunicó que había planteado la propuesta que hicimos a los integrantes de la dirección del servicio, y que había recibido una acogida favorable; que, además, había mucho entusiasmo entre los miembros de la clínica para realizar este programa.

Ulteriormente, esto fue discutido por el grupo de docentes que está haciendo la tarea educacional en la comunidad. No pude asistir a esa reunión, que fue el miércoles, porque había Consejo. Yo pedí a ese grupo que nos concediera una entrevista, el próximo lunes a la hora 8 y 30; quiero invitar especialmente a los Consejeros que tengan posibilidad de asistir.

Considero que los Profesores van a impulsar el esquema docente que el Consejo establezca, lo cual me parece lógico, pero en esa reunión nos señalaron invalidantes fundamentales. Las observaciones más importantes fueron realizadas, a título personal, por el Dr. Portillo, que es el coordinador del programa de comunidad. Como el equipo no ha tomado opinión al respecto, propondría que aplazáramos este aspecto.

Hay otro repartido que aún no hemos realizado -adicional al que leímos en la sesión anterior- que tiene que ver con la mecánica del proceso. De todos modos, voy a adelantar algunos aspectos. Si el Consejo, en definitiva, decidiera llevar adelante esta experiencia educacional, ello implicaría una transformación muy grande en la vida de la Facultad y particularmente en la enseñanza de pregrado. Esa transformación -que no vacilo en calificar de revolucionaria, por su alcance y significado- tiene que ser rodeada de todas las garantías para que no falle.

En tal sentido, uno de los elementos operativos fundamentales -luego haremos el repartido correspondiente- será la evaluación semanal de la actividad escolar realizada. Si se acepta que los alumnos constituyan, en grupos de seis, una unidad plural de practicante de familia, partiendo de la base de 300 a 350 alumnos, habrá 50 o 60 de estas unidades.

Como estas unidades tienen responsabilidades compartidas, voy a proponer que todas las semanas, el día sábado a la hora 14, en el Hospital Pereira Rossell, un representante de cada una de estas unidades -a cada uno le tocará una vez cada mes, y medio- se reúna con la coordinadora del año materno-infantil -la Profa. Agda. Ana María Ferrari- y con nosotros -que estamos dispuestos a asistir-, para constituir una reunión evaluativa. Las dificultades docentes que sean percibidas por los estudiantes serían inmediatamente comunicadas a la coordinación y a las autoridades de la Facultad.

Ayer estaba señalando al equipo docente de enseñanza en la comunidad que el único obstáculo que veía como invalidante de la propuesta, es el incumplimiento de los docentes. Como primera falta marco la impuntualidad. Yo les decía que en la historia de la Facultad los maestros de nuestra generación -los Profs. Larghero, Chifflet, García Otero, Del Campo, Purriel, Plá, Piaggio Blanco, Arana, etc.- se caracterizaron por ser los primeros en llegar a su servicio, estar todos a las ocho de la mañana y en no irse antes de las doce. Algunos llegaban muchas horas antes, y se iban bastante después.

También les decía que los maestros de la generación anterior -aquellos ilustres profesores epónimos de las calles que rodean al Instituto de Higiene, donde se estaba haciendo la reunión- se caracterizaban por ir al Hospital a la hora que daban la clase, es decir, próximo a las once de la mañana, dar la clase y retirarse. Culturalmente se había modificado el concepto de ejercicio de la función docente. La asistencia de una hora, sólo para dar la clase, era un desempeño en el estilo de los catedráticos. Así se hace en la Facultad de Derecho. Sin embargo nuestros maestros -los que hicieron la Facultad en lo que el Consejero Praderi llama la época de oro- tenían un estilo no de catedráticos, sino de trabajadores de la docencia. Hacían la enseñanza de pre y posgrado, la investigación y el resto de las actividades. Muchos de ellos fueron dirigentes universitarios y decanos.

A mi juicio es decisivo que el equipo docente -en el cual hemos depositado una enorme esperanza, y que he dicho aquí más de una vez que consideraba como uno de los tesoros de la Facultad, junto al equipo docente del básico, porque se trata de personas que, como se dice en el lenguaje coloquial, "se pusieron la camiseta de la institución"- se comprometa, en cuerpo y alma, en la realización de la tarea. Además se necesita que haya inspección de la tarea continua y permanente. Por supuesto que es algo desagradable e innecesario cuando todos cumplen por sí mismos con lo que deben

hacer. Sin embargo, cuando hay gente que cumple o no, según las circunstancias, entonces hace falta ese control.

Creo que tenemos recurso humano suficiente para realizar un control permanente de la actividad: por un lado, el Departamento de Educación Médica va a tener dos miembros; por el CICLIPA tenemos un Coordinador General y un coordinador específico del año -según los tercios en que hemos dividido el programa, se entiende que el coordinador del año materno-infantil puede destinar a esta tarea dos días-; el coordinador del programa de docencia en la comunidad; la Dra. Mendoza, por el área de la medicina social; y los tres profesores de pediatría que hemos designado. Además yo me comprometo, dos veces por mañana, a visitar esos centros, bien temprano, a las ocho, para garantizar que esta actividad sea tan seria como que se realiza en cualquier otra clínica de la Facultad que trabaje con responsabilidad. Es la hora en que debe comenzar la actividad normal de esta casa de estudios.

Por otro lado, los seis profesores titulares tendrán que distribuirse un día cada uno en la semana para salir a la intemperie, estimular el programa y, de paso, conocer cómo funciona.

Creo que la Facultad se juega entera en este programa. Si salimos bien, será otra Facultad y otra educación médica la que haremos en Montevideo.

**SEÑOR PRADERI.**- Admiro y respeto el entusiasmo juvenil del señor Decano. Para que las cosas funcionen hay que hacerlas así, con entusiasmo, con motivación, pero creo que hay que poner un poco los pies en la tierra.

Los ejemplos que utilizó el señor Decano pertenecen a una época de oro, y justamente los tres profesores que usted citó -del Campo, Larghero y Chifflet- no trabajaban en ninguna mutualista, aunque coordinaban y operaban tres o cuatro enfermos privados por tarde. Donaban no sólo los sueldos, sino muchísimo instrumento y material. Cuando el Prof. Larghero no podía operar un enfermo en el hospital, se lo llevaba a su sanatorio y lo operaba gratis.

En esa época había quienes, con el sueldo de jefe de clínica y una ayudantía de la Facultad vivíamos aceptablemente, y todavía nos podíamos comprar libros. No necesitábamos salir a operar a otros lados, porque nos alcanzaba con los treinta pacientes por mes que interveníamos en el hospital.

En otros tiempos yo pasaba visita a las seis y media o siete de la mañana -un día llegué a acumular 3.000 horas extra-; hoy en día los sueldos no alcanzan para comprar libros ni revistas; yo doy fotocopias de libros.

Un docente de la Facultad no puede vivir con su sueldo ni mantener un nivel de capacitación técnica con su cargo. No puedo hacer cirujanos que trabajen sólo en el hospital, porque el que tiene más suerte opera diez enfermos por mes. El cirujano tiene que ir a una mutualista para ayudar, conseguir suplencias y mantener su nivel.

Antes se veían solamente los enfermos de las clínicas; hoy en día discutimos enfermos que se operan extramuros. Todo enfermo difícil y problemático que opera un cirujano de mi clínica, se plantea delante de todos; lo discutimos, con placas y lo que sea. Hacemos verdadera extensión universitaria. En lo posible, los cirujanos de mayor

antigüedad estamos procurando llevar los enfermos más simples a operar afuera, y traer los casos más complicados. Estamos funcionando de ese modo, y bastante bien, pero no con los enfermos del hospital sólo: es un grupo de cirujanos que operan en todo Montevideo, cuya actividad está controlada. Muchas veces hemos tenido que ir a ayudarlos.

Me parece muy bien las propuestas respecto al año materno infantil, pero hago un llamado a la realidad, porque la situación actual no es comparable a la de la época de oro.

**SEÑOR DECANO.-** La época de oro, si se habla de la parte monetaria, era mayor a principios de siglo, cuando actuaban los grandes maestros de la medicina nacional, que hacían fortunas mayores que los que vinieron después, pero trabajaban muchísimo menos tiempo. No había una tradición cultural de dedicación al hospital como la hay ahora.

Eso no sólo sucedió en Uruguay, sino en todas partes del mundo. Cuando éramos jóvenes, becarios que iban a Francia relataban que el docente de grado 2 llegaba a las diez de la mañana; el grado 3 a las diez y media; el grado 4 a las 11, y el profesor titular a las once y media; que este último se iba a las tres y media; a las cuatro el profesor agregado; a las cuatro y media el siguiente, y el último en retirarse era el de grado inferior. Había una especie de intervalos de dedicación horaria, unos dentro de otros.

Este hábito fue revertido. En cualquier lugar de Europa, hoy en día, los profesores están temprano y cumplen su horario con holgura. Ha cambiado, culturalmente, el sentido de ejercicio de la función. Es que ahora la producción científica de todos los centros de alto nivel sólo se logra con una enorme dedicación, un gran esfuerzo y una aplicación integral del tiempo.

Nosotros, que hemos sido calificados de idealistas tantas veces, hemos dado pasos sensatos y materialistas en el sentido de lograr que los profesores, que se dedican fundamentalmente a la Facultad y a otra tarea mutua, puedan recibir una compensación salarial que les permita vivir. No que les permita lucrar; el lucro ya no existe más, por suerte a mi juicio. No creo en el lucro como un valor de constitución de la sociedad. Esto también es idealismo, es también una posición filosófica y de política general.

Tenemos, entonces, un equipo muy estimable en el área de la comunidad. No tiene ninguna especialización, salvo un año de dedicación consciente. Puedo decir, con propiedad, que por cada uno de los que tenemos allí hay cinco que podrían estar ocupando ese cargo. La ventaja de los actuales es que están entrenados; que han adquirido cultura en esto y que saben lo que es atención primaria, porque algunos llegaron con antecedentes en el campo específico de dedicación, pero sin saber lo que es atención primaria de la salud.

Los profesores que necesitamos son simplemente aquellos que estén dispuestos a trabajar y cumplir. La tarea no es de una excelencia pediátrica, ginecotológica, psicológica, médico-social, y mucho menos excelencia en medicina interna. Algunos podrían ser grados 4 en los hospitales. Algunos ya los hemos nombrados en responsabilidades superiores interinamente, e inclusive podrían ser designados en



cargos titulares. Pero, eso sí, los que estén allí deben tener, como atributo fundamental, la responsabilidad para acreditar un programa que no puede fallar por su origen.

Los estudiantes van a tener que estar a las ocho de la mañana. Voy a proponer que de ocho a ocho y cuarto firmen los que están. A las ocho y cuarto se pasa una raya roja -como se hacía en los servicios de los Profs. Chifflet y Pla-, y firman luego los que llegan desde esa hora a las nueve. Esos, objetivamente, llegan tarde. Los aceptamos y les acreditamos la llegada tarde. Voy a proponer que se haga un formulario para que esa lista tenga una hora de entrada y una de salida. Los que se van porque tienen motivos para retirarse antes, firman antes. Los demás firman a la hora que se tienen que ir.

Creemos en el idealismo, pero no ingenuamente, sino poniendo todo el esfuerzo en lograr valores superiores, es el idealismo del que está impregnada la Facultad desde que yo la conozco. Es el de Manuel Quintela, el de Américo Ricaldoni, el de Julio García Otero, el de Mario Cassinoni, el de Juan José Crottogini, el de Hermógenes Álvarez. Es el de los que estuvieron aquí "tirando el carro". Para trabajar aquí hoy en día el primer test que habría que hacer es el de la fuerza física de arrastrar un carro pesado, sobrecargado de gente que tiene muy poco entusiasmo, muy poca receptividad a la motivación. Y me refiero a gente de todas las edades.

Necesitamos motivar -sin intermediación distorsionadora- al grupo de estudiantes que va a hacer esta tarea, los que -según me decía el Prof. Navarrete- han dado pruebas de tener una excelente formación médico-quirúrgica correspondiente a su nivel. Tuvimos una reunión especial un sábado, con la sala llena de estudiantes, ante el temor que tenían ellos de realizar la prueba final del segundo año médico-quirúrgico; pues bien, ellos han rendido pruebas del mejor nivel. Es la opinión de los docentes que me transmitió el coordinador.

Quiere decir que esta enseñanza que hicimos en las diferentes clínicas en que funcionó esta generación, lograron que estos estudiantes alcanzaran la mejor calificación, percibida, por los profesores. Además, ellos no han terminado la carrera, van a tener el privilegio de ser practicantes internos sin concurso de oposición. Tenemos que preparar a esta gente para un ejercicio de ocho horas diarias de internado, con una guardia semanal obligatoria, como fue la tradición de toda la vida, de forma que un año de internado, libre de cursos y exámenes, rinda por dos.

Esta disciplina de trabajo es fundamental en la formación del médico. Quisiera que se me cite un solo médico destacado que no sea disciplinado y sacrificado, o que no empiece por levantarse temprano. No hay clínico destacado, sea cual fuere su especialidad, que no empiece su día temprano. Los estudiantes deben tener esos hábitos. No puede haber un internado en el que la persona no esté a las ocho en el hospital.

Ese internado severo será de enorme nivel de aprendizaje. Si esos estudiantes -que van a tener un trimestre de medicina interna y otro de cirugía- dieran otra vez la prueba médico-quirúrgica, estoy seguro que su rendimiento sería un cincuenta por ciento mayor, por el manejo de los pacientes.

Este año será preparatorio del internado. Y como habrá una rotación por pediatría, otra por ginecología y obstetricia y una por comunidad, estoy seguro que el año materno-infantil será una buena preparación para aquellas rotaciones.

Sea cual fuere el esquema que en definitiva se adopte para la realización del año materno-infantil, requiere una aplicación y dedicación extremas, propia de la gente que hace seriamente la medicina. Siento con dolor que los uruguayos que en París, Estocolmo y La Habana son puntuales, en Montevideo son irresponsables e impuntuales, y llegan una hora tarde, risueños, haciéndose admirar. “¡Miren qué linda soy! ¡Cómo llego tarde!” Eso no puede ser. La “linda” tiene que descansar bien de noche y estar a las ocho de la mañana trabajando, porque como ella hay cinco. Entre ellos tendremos que elegir al que va a trabajar.

Digo esto enfáticamente, porque me parece que constituye el elemento programático fundamental, sin el cual no va a haber progreso educacional. No creo en el progreso manuscrito.

---

### **FRAGMENTO DEL ACTA DEL VIERNES 30 DE DICIEMBRE DE 1988**

(Acta N° 78)

PLAN DE ESTUDIOS. (Modificaciones programáticas en los diversos ciclos de la carrera).

AÑO MATERNO INFANTIL. PRACTICANTES DE FAMILIA.

ENSEÑANZA EN LA COMUNIDAD. ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD.

*(Asisten docentes y coordinadores estudiantes de los distintos ciclos de la carrera)*

**SEÑOR DECANO.-** Los días martes, miércoles y jueves de la semana pasada realizamos una reunión con el equipo docente que trabaja en la comunidad. Se hizo una evaluación de su actividad, de las nuevas propuestas que efectuamos a raíz del año materno infantil, y luego de una larga discusión el grupo adoptó la resolución que paso a leer:

“Resolución del Equipo docente del programa docente en la comunidad.

El grupo de docentes que se desempeña en el programa docente en la comunidad, ante los planteos de reformulación de nuestro programa, considera:

- Que apoya las consideraciones teóricas y el motivo conceptual que fundamenta la misma.
- Que valora como imprescindible dicha reformulación como la forma de profundizar y avanzar en lo comenzado en el año 88.
- Que considera necesaria la coordinación para estos cambios en los distintos ciclos que participan en el programa de comunidad.”

En su oportunidad el Consejo había tomado una resolución en el sentido de hacer funcionar una Comisión que reuniera a los Coordinadores de todos los ciclos, junto a los del programa docente en la comunidad, y este año tendremos que hacerla funcionar.

En cuanto a la última parte de la resolución, lo veo como una especie de reserva de factibilidad, es decir, que una cosa es definir programas y otra ver si las condiciones materiales para su ejecución están dadas o no. En lo que me es personal, pienso que sí lo están respecto al año materno infantil.

*(Entra a Sala el Consejero Praderi)*

-Retomando el hilo de las propuestas hechas en la sesión anterior, había quedado pendiente de resolución la posibilidad de optar por dos modelos organizativos: el que denominamos de los semestroides, en el cual se alternaría un semestre de pediatría y otro de ginecología, distribuyendo a la mitad de la generación en uno y otro lados, y por otro, el que el Dr. Viñar llamó el de la rueda, o el de la trenza, en el cual tanto pediatría como ginecología se entrelazan como un hilo torsionado a lo largo de todo el año.

Yo me inclino por este último, del cual puedo resumir las siguientes ventajas:

1°) Mayor tiempo de permanencia de los estudiantes en el Hospital, ligados a las clínicas. Eso permite un reclutamiento más amplio de la casuística durante las cuarenta semanas.

2°) Permite un mayor conocimiento de los estudiantes por parte de los docentes, también derivado de la mayor permanencia.

3°) Evita la distorsión que, en la formación pediátrica, deriva del hecho de que parte de los estudiantes vean el curso en invierno -lo que les da oportunidad de conocer las afecciones respiratorias agudas-, y la otra en las proximidades del verano, -lo cual permite ver diarreas infantiles y demás afecciones de la época. Cada sector de esos estudiantes desconoce prácticamente lo que hizo el otro. En el caso de este modelo organizativo permitiría que vieran todas las afecciones.

4°) No existe necesidad de repetir el curso semestralmente, ya que todos los estudiantes estarían aprendiendo lo mismo.

5°) Los estudiantes actuarían en la enseñanza como el elemento integrador del sistema de salud, contribuyendo a la referencia y contrarreferencia de los pacientes si, simultáneamente, están vinculados a una clínica ginecología y a una pediátrica. Esto ya lo habíamos señalado entre los objetivos de la realización de esta enseñanza, en los documentos que leyéramos en la sesión anterior. En el objetivo 6°, efectivamente, decíamos: "contribuir a la coordinación de todos los sectores que intervienen en la atención materno infantil con la perspectiva de la conformación de un sistema integrado de atención de la salud en dicha área".

A propósito de este asunto, señalamos que la Organización Panamericana de la Salud está poniendo el acento en lo que llama SILOS, o sea, los sistemas locales integrados de salud. Es un concepto nuevo que podemos leer en un mensaje publicado en el boletín de 1987 de la OPS, que plantea la necesidad de integrar los sistemas de salud. Voy a hacer una lectura resumida del texto, que escribió el Dr. Carlyle Guerra de Macedo. Dice así:

“En los próximos cuatro años la Organización (Oficina y Gobiernos Miembros) deberá hacer un esfuerzo adicional para el desarrollo de los sistemas nacionales de salud con miras a alcanzar la meta de salud para todos, con equidad, cobertura universal, eficiencia y participación social.

Ese es el desafío tácito en la decisión de la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana al aprobar el documento de "Orientación y prioridades programáticas para la OPS en el cuatrienio 1987-1990": La consecución de ese objetivo sólo será posible a través de una profunda transformación de los sistemas existentes en la mayoría de los países, desde una perspectiva integral basada en la estrategia de atención primaria de salud.”

Es decir, que señala la estrategia de la atención primaria como un elemento fundamental para las metas de la OPS.

“Cada país tendrá que diseñar estrategias propias ajustadas a sus características y posibilidades. Sin embargo, hay aspectos que parecen ser requisitos comunes a cualquier estrategia nacional: entre ellos se destaca el de la descentralización. En efecto, la experiencia universal señala hacia la excesiva centralización y falta de coordinación” -creo que para nuestro país lo principal es la falta de coordinación- “como factores fundamentales en el inadecuado funcionamiento de los servicios de salud y en la ineficiencia de los sistemas vigentes. Es, por lo tanto, imprescindible, promover la reorganización necesaria en función de una efectiva descentralización, asegurándose de la coordinación requerida. La constitución y el fortalecimiento de los sistemas locales de salud, sirviendo a una población determinada en un área geográfica definida, debe ser la base para el rediseño y desarrollo del sistema de salud en todos sus niveles de atención y administrativos. La descentralización no implica, pues, el fraccionamiento de los sistemas de salud, sino la interacción sinérgica de sus componentes que vigoriza el todo en función del objetivo esencial: la salud de la población.

Un sistema local de salud comprende la articulación de todos los recursos existentes en una zona para su mejor utilización, adecuación a la realidad local y, sobre todo, el establecimiento de una relación de mutua responsabilidad con la población adscrita. Esa responsabilidad es la clave para una operación apropiada y eficiente porque crea las condiciones favorables para la programación y evaluación técnico-administrativas y para la evaluación social a través de una real participación comunitaria. La descentralización es, sin embargo, una tarea muy compleja. Más allá de sus características técnicas y administrativas, implica un cambio en la distribución y uso del poder. Y ello exige una voluntad y un compromiso políticos sin vacilaciones”.

Me he estado informando con respecto a los SILOS. En ocasión del II Seminario de Atención Primaria de la Salud se produjo cierta confusión con respecto al significado de éstos. Se trata de coordinar e integrar todos los niveles del sistema, desde la atención primaria -sea la del médico de familia o la del centro de salud-, pasando por los niveles intermedios, hasta llegar a los de más alta especialización en el tercer nivel.

Es notorio que aquí el sistema funciona de manera inconexa. Recuerdo que hace muchos años el Hospital de Clínicas reclamaba la regionalización de los pacientes, sobre todo, a propósito de las referencias que traen los que provienen del interior. Se citaba como ejemplo que, en el campo médico quirúrgico, los pacientes de la región este podrían ir al Hospital Pasteur, los del Centro al Hospital de Clínicas y los del litoral sudoeste al Maciel.

Creo que el SILOS implica toda esta regionalización, pero también otro elemento fundamental, relacionado con la referencia y contrarreferencia del paciente. En aquellos que vienen del interior la carta del médico tratante, según quien fuera, podría tener o no una información correcta. Antes, en general era un problema de amistad personal y de confianza el que establecía dicha referencia. En un sistema bien organizado la referencia tiene que ser hecha con propiedad.

Si trabajamos bien en la periferia, en los centros de atención primaria, tendremos, por un lado, docentes que van a estar en conexión directa con las clínicas correspondientes de la Facultad. Ahí ya habrá un nivel de coordinación y de regionalización respecto a pacientes que vayan a clínicas ginecotológicas, pediátricas, médicas o quirúrgicas. De ese modo la referencia tiene otras posibilidades, y el paciente puede llegar con un nivel de estudio mucho mejor. Pero, a su vez, tenemos la contrarreferencia, es decir, lo que ocurre luego con el alta de ese paciente que vuelve a su ámbito comunitario, a su hogar, o al centro de salud al cual pertenece. Como dijo el Dr. Olazábal en la primera reunión, tendríamos la posibilidad de dar un alta precoz en cierto tipo de situaciones, creo que él mencionó la cirugía ginecológica no oncológica.

Esto nos abre muchas posibilidades, especialmente en el campo de la pediatría, la ginecotología, y las clínicas médica y pediátrica. Lo que yo sostengo es que el elemento integrador, lo que yo llamo el fibroblasto del SILOS, va a ser el estudiante, o sea, este practicante de familia, este sexteto que tiene responsabilidad en el centro comunitario y en el hospital. Por eso me parece que es mucho más fácil este procedimiento si simultáneamente vamos a las clínicas pediátricas y a las ginecológicas. Supongamos que van dos mañanas a la comunidad, y allí ven policlínica pediátrica y ginecológica, fundamentalmente control de embarazadas. Los alumnos pueden reclutar a la paciente en su trabajo, en su hogar o en el centro, y allí van a contar con el apoyo del docente. Luego, cuando sea necesario, la refieren al hospital, en el mismo lugar a donde ellos también concurren. Estarán en el hogar, como grupo, tres veces por semana, en la policlínica dos veces, y en el hospital cuatro veces por semana.

Allí sí habrá posibilidades de interconexión con el sistema. El paciente no estará perdido y habrá una referencia apropiada e idónea. Ustedes dirán qué características debe tener: es algo técnico en lo que no puedo teorizar. Sin embargo, puedo sí afirmar que los estudiantes van a conocer al paciente desde el origen, porque lo reclutaron o lo vieron en la policlínica, y luego lo van a referir al hospital, con todas las ventajas humanas que significa que alguien conozca a esa persona. Es un hecho invaluable.

Cuando yo hablaba de la presencia de los estudiantes en el parto, se me decía que lo más importante es que la paciente, en la instancia del parto, vea una cara conocida, un elemento humano de apoyo. Si esto es así, y para que simultáneamente

pueda haber referencia y contrarreferencia de las dos clínicas, los estudiantes deben estar simultáneamente en ambas.

Este tema de los SILOS me parece fundamental. Creo que mucha magia tendrán que hacer en otros lados para tener un buen mecanismo de interconexión, si las personas no están propiamente en las dos áreas: la pediátrica y la ginecológica. Si tenemos estudiantes -naturalmente que con responsabilidades asistenciales a su alcance-, tenemos que aprovecharlos, porque van a generar una característica totalmente distinta en el programa. Ellos van a poder citar a alguien al centro de atención periférico, luego al servicio de policlínica o del hospital, con otro nivel de hospitalización. En caso de gastroenterología que se ve en la comunidad, si se envía al servicio respectivo del hospital ya tiene otro nivel. No es lo mismo si van referidos por colegas que son parte de la clínica, que si simplemente van derivados con una cartita del médico tratante. Los estudiantes, si lo vieron y lo reclutaron, pueden hacer la referencia.

Ya se ha dicho repetidas veces que los estudiantes integran un sistema asistencial y contribuyen a que funcione mejor.

Estamos preconizando, además, la integración docente asistencial, sobre lo cual ya informáramos al Consejo. Así como he sido pesimista tantas veces sobre el progreso de nuestras gestiones respecto a la integración docente asistencial con el Ministerio de Salud Pública, debo informar que hoy soy definitivamente optimista: estamos al borde de hacer cambios trascendentes para el futuro de la atención médica de la salud en este país, en los hospitales Pasteur, Maciel y Pereira Rossell, así como en el campo de atención primaria y del programa de salud mental.

Todos los planteos que habíamos hecho en este sentido, que habían caído en oídos esclerosados de marzo de 1985, hoy en día han tenido una respuesta favorable para poder llegar a concretarlos. ASSE, que tiene hoy oídos más jóvenes, que tiene la responsabilidad de la administración de los servicios, se ha mostrado ansioso por colaborar con la Facultad en el campo asistencial. Esto podría significar un cambio muy grande en muchos aspectos de la atención de la salud. Viene impulsado por dos factores: por una parte, la inquietud de ASSE por hacer funcionar ciertos servicios que están a su cargo; por otra, por la necesidad de que el plan materno infantil tenga herramientas técnicas operativas.

Como los Consejeros recordarán, nosotros establecimos doce horas para todos los docentes del área de salud mental, esperando que el Ministerio de Salud Pública complementara otro tanto, pero no lo logramos. Sin embargo ahora se puede defender hasta legalmente esa factibilidad: que dicho Ministerio realice un contrato con la Universidad de la República y pague cierta cantidad para que nuestros docentes cumplan tareas asistenciales complementarias.

Estamos al borde de conseguir un cambio en esta área. Los que asistimos a la Comisión de Salud Mental -la Dra. Fasler y los Dres. Ginés y Probst-, estamos sorprendidos porque se está dando una situación que efectivamente puede cambiar el esquema de atención de salud. Nos hemos reunido con el Cr. Rega Vázquez, Presidente del Tribunal de Cuentas y con el abogado de ese organismo, Dr. Eguren, quien ha dicho, que en su opinión, en la Rendición de Cuentas hay elementos que generó ASSE y que le

dan funciones de coordinación, que autorizarían -bien interpretados- a que ese organismo pagara a la Facultad el complemento para que sus docentes realicen tareas asistenciales. Quiere decir que si el día de mañana el Ministerio quiere aumentar el horario de sus hospitales de cuatro a seis horas, podría conseguirlo pagando seis o doce horas más a los docentes de la Facultad.

Nos han advertido que se necesitaría un decreto interpretativo del Poder Ejecutivo, pero de todos modos hemos formado ya un grupo de trabajo mixto en el cual intervienen también la Facultad y el Ministerio, a fin de estudiar las bases de un convenio de integración docente asistencial con estas características. He comprometido la participación de los abogados de la Universidad y también harán lo propio el abogado y el contador del Ministerio.

*(Entra a Sala el Consejero Algorta)*

-Además, el Ministerio reconoce la necesidad de dar solución a los problemas de enfermería y ya hemos hecho contacto con la Escuela respectiva, para ver si podemos hacer una integración docente asistencial también en ese sector, similar a la de medicina.

Si se dieran estos pasos, creo que los hospitales van a cambiar con una inyección de gente. Además, esos salarios se van a poder costear con el dinero que el Ministerio ahora dilapida pagando servicios privados, como los centros de tratamiento intensivo de las mutualistas o de los grandes hospitales privados.

6°) Este sistema da posibilidades de seguimiento de situaciones especiales y fundamentales, por ejemplo, el control del embarazo, el parto, y el control posnatal, si se desarrolla a lo largo de las cuarenta semanas.

Creo que es bueno, para mantener la unidad, que los estudiantes hagan un seguimiento largo de la paciente que captan. No sé a qué altura del embarazo la verán por primera vez, pero es bueno que tengan bastante tiempo para llegar al parto, y luego a la atención del recién nacido, con el control posnatal consiguiente. Por el contrario, un semestre de dieciséis o diecisiete semanas sería un tiempo indudablemente corto para los fines antes enunciados.

No voy a reiterar todos los demás elementos de juicio vertidos en la sesión anterior del año materno infantil, el practicante de familia y la atención en la comunidad.

Quiero resaltar sí el elemento señalado respecto a que el estudiante aboga por la atención correcta de los pacientes y el control de la calidad del sistema asistencial. Creo que habrá que diseñar un protocolo de control de la situación según la cual se hacen los partos que los estudiantes presencian y asisten, junto a la señora que ellos han visto en la comunidad y que está dando a luz. Creo que tendremos que hacer una denuncia fundada y constructiva de los defectos que tiene la atención del parto; no necesito decir la importancia tan grande que tiene esa instancia.

En el Consejo no se habían manifestado opiniones contrarias sobre los principios generales enunciados respecto al año materno infantil. Faltaría adoptar decisión respecto al modelo organizativo.

**SEÑOR MAGGI.-** Hemos conversado mucho en la clínica sobre las propuestas formuladas por el Consejo, y nos parece más adecuado el proyecto denominado como de la trenza.

Hemos estado balanceando con la Dra. Richero las dificultades que ofrece la periferia. No todos los centros están en las mismas condiciones de prestar el mismo tipo de comodidades para las funciones de docencia y de asistencia. Nosotros tenemos dos, uno de ellos con buen espacio y capacidad para docencia, pero el otro con muy malas condiciones. Este último tiene un gran Director, muy decidido a apoyar la docencia dentro de lo posible, lo cual permite compensar las deficiencias.

El hecho de disponer de dos centros permite reubicar mejor a los alumnos, distribuyéndolos en la forma más apropiada.

Como dijo el Dr. Portillo, este programa plantea una serie de desafíos y dificultades muy grandes, pero vale la pena iniciarlo. En la cátedra estamos de acuerdo con que va a promover un cambio importante en la enseñanza, permitiendo una mejor integración del servicio a los centros de la periferia.

Queríamos dar nuestro apoyo expreso a este programa, que nos parece muy adecuado. Si bien plantea desafíos importantes, las dificultades se irán resolviendo sobre la marcha. Esta semana comenzaremos a reunirnos con la gente que trabaja en la periferia para empezar a programar las actividades; haremos lo propio con el grupo de estudiantes que va a empezar, para concretar la idea del practicante de familia, ya que es lo que más elementos nuevos aporta en este terreno.

Creo que hay una cantidad de circunstancias favorables respecto al conjunto de alumnos que ingresa a esta actividad. Ellos no tienen materias pendientes, los recibimos en condiciones muy buenas, con ganas de hacer estas cosas, y a su vez van a estar apoyados por docentes que también tienen ganas de ir a los servicios de la comunidad. No sólo habrá docentes de grado 5 y 4, sino también de todos los demás grados.

Ya hemos conversado de todo esto en la cátedra, y queremos dejar consignado que estamos totalmente de acuerdo con la idea y dispuestos a comenzar a trabajar.

**SEÑOR DECANO.-** A propósito de lo que dice el Prof. Maggi, yo quería agregar que, conversando con el grupo que trabaja en la comunidad, señalé que tenía propuestas complementarias respecto a la evaluación de este ciclo.

Considero que aquí la evaluación va a ser muy distinta. No sólo será posible hacer una evaluación continua e integral por conocimiento directo, sino que también será posible evaluar al docente y al acto educacional. Por eso me parecía que había que dar al comienzo un curso integrado con semiología, teniendo allí pruebas de evaluación por lo semiológico y por el conocimiento que demuestra el estudiante, una vez con el paciente, otra vez en forma escrita, pero no creo que sea necesario que haya más actos de este tipo. El resto de la actividad será evaluada por el cumplimiento de la tarea, por lo que hace. De nada vale que, teórica o verbalmente sepa lo mismo que un docente de grado 3, si no realiza la tarea debida. Creemos que se aprende haciendo la tarea.

Para la generación que este año inicia esta tarea, podría pensarse que tiene los perjuicios de ser un poco la vanguardia, los "conejiillos de indias" del programa; sin



embargo, tendrán el beneficio enorme de acceder en 1990 al internado obligatorio rotatorio, sin concurso: Llegarán a esa instancia final libre de exámenes, de obligaciones escolares y de otros quehaceres. Este año materno infantil implicará, también, una enorme actividad de preparación que los habilitará para trabajar como internos en pediatría y en ginecología en la comunidad al año siguiente. Habrá rotación por los centros de atención primaria de la salud, y creo que constituirá una preparación formidable para aquellos que cumplan bien el internado.

De manera que yo evaluaría la actividad de los alumnos fundamentalmente por el ajuste del cumplimiento de las tareas. Sé que en definitiva se va a decidir poner un examen materno infantil, pero creo que habría que darlo en la comunidad, con la presencia de los docentes de la clínica, además de los docentes de comunidad.

Me parece muy saludable que los docentes de clínica asuman sus responsabilidades en la ejecución del programa docente en atención primaria. Va a constituir un progreso extraordinario para la Facultad. Para garantizar esto, les voy a proponer que se constituya un grupo que semanalmente controle la realización del programa.

¿Cómo se integraría ese grupo? Por un lado, habrá un representante de cada una de las unidades de practicantes de familia, constituido por seis estudiantes. Como la responsabilidad es indivisa, cualquiera de ellos puede representar al grupo. Como la reunión es semanal, cada uno de ellos deberá ir cada mes y medio. Si son trescientos alumnos, habrá cincuenta; si son trescientos cincuenta, habrá sesenta. Además, va a estar la Coordinadora del año materno infantil, y se contará con la presencia de los profesores de las tres clínicas pediátricas y las tres gineco tocológicas; y desde ya me comprometo a asistir voluntariamente, los días sábados, de 14 a 16 horas. De esa forma, semana a semana, podremos ir ajustando el cumplimiento del programa.

Ese nos permitirá analizar, por ejemplo, los planteamientos que deseen hacer los estudiantes, como acaban de realizarlo los de biología celular en relación a la forma como se dio el curso. ¿A qué se deben esos planteamientos? A que aparentemente los niveles de reprobación serán altos. Si el nivel de reprobación fuera de cero, aunque el curso fuese pésimo no habría planteamiento alguno. Nosotros aspiramos a que los cursos sean lo que corresponde; que los niveles de reprobación correspondan a lo que rinden los estudiantes.

Quienes tenemos veteranía en estos temas, sabemos que el rendimiento de los estudiantes resulta de una interacción entre el sentido de responsabilidad, el entusiasmo y el cariño con que se cumple la actividad docente. Luego de impartir docencia muchos años, de ver cómo se realiza la construcción del aprendizaje, hemos comprobado que quien tiene ganas de aprender, aprende. Quien tiene ganas de enseñar, enseña. Si se juntan los que tienen ganas de enseñar con los que tienen ganas de aprender, los resultados serán excelentes.

De manera que vamos a realizar ese control de ejecución del programa: y yo creo que sería muy positivo que hubiese reuniones paralelas de evaluación de los responsables de los grupos, respecto al rendimiento de los estudiantes, para que precozmente se fueran definiendo las fallas en el cumplimiento. Y entendemos como

primera falla del cumplimiento la llegada tarde. El curso comienza a las ocho de la mañana, principio acreditado por los grandes maestros de nuestra generación, como ya lo señalé en la sesión pasada. Ellos imprimieron esa pauta cultural que creo que ahora se ha perdido. Recuerdo que cuando pegábamos carteles por la noche y nos acostábamos a las cuatro de la mañana, así fuera de un viernes para el sábado, poníamos el despertador para estar a las ocho en el hospital. Era una obligación.

Yo voy a proponer que este año en el Ciclipa haya una lista a las ocho de la mañana, sin mayor control, pero eso sí, a las ocho y cuarto se pasa una raya roja. Los otros, los que firmen debajo de esa raya, objetivamente llegan tarde. Y esa lista la debería llevar el delegado del grupo. La educación ética también empieza por ahí: por ser capaz de decir, responsablemente, si se concurre o no se concurre. No puede iniciarse por la delincuencia de hacerse firmar por otra persona. No es válido. Este año hemos batido varios récords, pero hay uno nuevo: un alumno puso un personero para ir al programa de la comunidad. Ahora está arrepentido, pero es una falla que forma parte de la educación. Forma parte de la impuntualidad, de la falta de comparecencia en el campo de juego en condiciones de empezar el partido a la hora indicada.

Como dijo el Prof. Maggi, tenemos condiciones privilegiadas para empezar este programa con el grupo de alumnos. No tienen ninguna deuda curricular, no tienen actividades paralelas en patología, terapéutica, medicina legal, ni higiene. Tienen todo el tiempo disponible para el aprendizaje materno infantil completo, con todo su contenido integral. Tendrán, como nunca, posibilidades de aprender cosas concretas en materia de salud mental.

¿Es o no salud mental la psicoprofilaxis de la embarazada? ¿Es o no salud mental hablar con la madre sobre cómo deben ser los primeros pasos de orientación del cuidado del niño? ¿Será o no un progreso en materia de salud mental cuando la estructura de psiquiatría infantil -que es una estructura central- disponga el retículo necesario para atender, por ejemplo, programas en las escuelas, a fin de detectar precozmente situaciones especiales junto a las maestras? Porque éstas detectan problemas de aprendizaje y de déficit intelectual mucho antes que, las madres, por una cuestión cultural. Y lo mismo cabría decir respecto a las enfermedades neuropediátricas, con las posibilidades de referencia y contrarreferencia a que hacíamos mención. Ya señalamos en la sesión anterior el ejemplo de la detección de un caso de epilepsia, con todo el mordiente de aprendizaje que significó eso para los alumnos.

Con respecto a esa reunión a que hacíamos referencia, vamos a disponer del siguiente material humano. Por un lado, en el Departamento de Educación Médica hay dos docentes. Tenemos un Coordinador del Ciclipa, la Coordinadora del año materno infantil, los seis profesores titulares de pediatría y ginecología -son las disciplinas de mayor peso; desearía también que participaran de esto con el mismo calor los cirujanos pediatras, los psiquiatras infantiles, etc.-. De manera que, en concreto, si contamos con el Prof. Navarrete un día, con la Dra. Ferrari dos días -de acuerdo a la distribución de trabajo-, con un día cada uno de los integrantes del DEM, tenemos seis días cubiertos. Si los seis profesores se alternan por turno, podremos tener un profesor titular también cada día, viendo de cerca cómo se hace el programa. No digo que estén las cuatro horas,

pero si concurren y se aproximan a ver cómo funciona el plan, tendrán oportunidad de discutir en otra escala casos clínicos seleccionados por los estudiantes.

Los detalles organizativos del programa, obviamente, quedan a cargo de la Coordinación.

**SEÑOR MAGGI.-** Con la Dra. Gentile queríamos proponer que el ingreso de los niños a los servicios de pediatría no se hiciera en función del orden que establezca la urgencia, sino de acuerdo con el lugar de donde proceden, para que haya la correlación que plantea el señor Decano con los centros periféricos. De esa manera se favorecería la referencia y contrarreferencia, en forma automática.

**SEÑORA GENTILE.-** Considero que este programa es muy correcto. Hace ya bastante tiempo que se había planteado la conveniencia de regionalizar sobre todo las policlínicas del hospital, para que tuvieran contacto con determinados servicios.

El temor que tengo es a la pérdida de pacientes porque muy frecuentemente cambian de domicilio. Hay gente de la Ciudad Vieja que al poco tiempo ya no vive más allí.

**SEÑOR DECANO.-** Hay problemas, como el de la migración de la gente, que escapan al control del sistema de atención de la salud. El nivel de aproximación de lo proyectado a la realidad es variable en todos los modelos. Si el ajuste llegara al 0,75%, sería óptimo.

**SEÑOR MAGGI.-** Creo que en un año obtendremos datos seguros respecto al funcionamiento de este sistema de referencia y contrarreferencia. Como dice la Dra. Gentile, en el área de la Ciudad Vieja -que es donde ella trabaja-, el problema a que hacía referencia es real, ya que es una zona muy cambiante. Es importante conocer la realidad del problema para buscar soluciones. Hasta ahora no tenemos cifras muy concretas con respecto a este año.

**SEÑOR ALGORTA.-** Como se han repetido muchas cosas que se dijeron en la sesión anterior, también, tengo que reiterar mis reservas respecto a esta imagen lírica que se ha expuesto sobre el futuro del plan materno infantil.

Pienso que el énfasis de la enseñanza en la comunidad no debe ir en desmedro de la docencia hospitalaria, que debe estar en un plano muy superior a la de aquélla. Por lo que he escuchado aquí, se considera, por el contrario, que la comunidad es predominante. No estoy convencido de eso.

**SEÑOR DECANO.-** Se ha hablado más de la comunidad, porque es lo nuevo. En realidad representa un tercio, y dos tercios la docencia en el hospital.

**SEÑOR ALGORTA.-** El tiempo que esté en la comunidad, no estará en el hospital. Se proyecta que el estudiante capte enfermos en la comunidad y los atienda después en el hospital. En mi opinión no creo que sea tan fácil como se plantea; le veo grandes dificultades.

En segundo lugar, se confunde el papel del estudiante, que está para aprender, con el del promotor de salud. Creo que el "primus movil" de un estudiante es el aprendizaje, y que como función secundaria podría estar el promover la salud. Hay otras

organizaciones y lugares donde debe hacerse esto último. El alumno tiene su tiempo, que es escaso, destinado prioritariamente a aprender. Siempre dije que el tiempo es corto y la ciencia muy vasta; y no podemos prolongar ese tiempo de aprendizaje.

Escuchando al señor Decano me acuerdo de la profecía de Isaías cuando se habla del reino de Dios. Todo es estupendo Y maravilloso, pero yo no lo veo tan fácil. Veo muchas dificultades para que funcione de una manera fluida. Sigo pensando que el hospital debe ser todo, o casi todo, con un pequeño agregado comunitario, pero no con las proporciones que aquí se plantean.

**SEÑOR OLAZABAL.-** Yo enfoco el problema en una forma un tanto diferente a como lo ha planteado el Consejero Algorta.

Pienso que el elemento fundamental de esta nueva organización se puede apreciar si pensamos las cosas en una forma distinta. Yo me imagino al enfermo que llega a un determinado centro de salud, que es visto por el médico, por los practicantes, y se le hace el diagnóstico. Puede ser una mujer con cáncer de cuello uterino. Vale la pena señalar en este momento que es una de las causas más importantes de muerte de mujeres por cáncer. Es muy poco lo que en nuestro país se está haciendo desde el punto de vista profiláctico, respecto a la segunda gran causa de mortalidad en nuestro medio.

Es importante que el estudiante empiece a integrar ya los conceptos de profilaxis, que se comenzarán a discutir desde la comunidad. Tendremos que decirles: "Lo primero que tiene que hacer frente a este tipo de casos es mirar el cuello del útero, ver si tiene alguna manifestación especial que, obligatoriamente, determinen una citología, una colposcopia, o lo que fuere. Se empieza por conocer la situación de esa mujer, que en general tiene siete u ocho hijos, que hace pocos meses ha tenido un parto, que ha concurrido a servicios hospitalarios y sin que a veces se le mirara el cuello del útero.

Comienza entonces una etapa de aprendizaje que no es tocarle el hipocondrio derecho para ver si tiene metástasis hepática, que no está vinculada a la radiografía de tórax, a la centellografía ósea, ni a la centellografía hepática ni a la tomografía computada, sino que es lo primero de todo. Ahora podemos decir que el cáncer de cuello uterino es una enfermedad de transmisión sexual, que puede ser prevista con mucha anterioridad, buscando y tratando las afecciones en etapas muy anteriores.

Esa paciente será referida al hospital, y el estudiante continuará viéndola allí, con un tratamiento que puede ser quirúrgico, radial, o combinado. Se verá las posibles complicaciones y demás, y luego será contra referida a la comunidad. Allí también la van a seguir.

A esta altura conviene que señalemos que en el Hospital de Clínicas hay un ochenta por ciento de historias de cáncer que no hemos podido seguir; no sabemos qué ocurre después. Hice una estadística global sobre cáncer y me encontré que en los últimos ocho o diez años, sobre ciento cuarenta y cuatro casos de cáncer de ovario, por ejemplo, hemos podido seguir solamente a una enferma, a los cinco años. Es muy importante, entonces, la posibilidad de continuar controlando la evolución de los pacientes, con esa enorme masa humana que consultará en ese sector.

Pero hay otros elementos importantes. Hay algo que en el hospital nunca vieron todos los que están aquí, ni tampoco se imaginaron nunca. Hay un altísimo porcentaje de mujeres que han sido operadas por un cáncer ginecológico y que posteriormente no tienen relaciones sexuales. Ello se debe a diversos motivos, algunas veces orgánicos secundarios al tratamiento, y otros de índole psicológica, tanto de ella como del marido. Va a ser necesario, entonces, plantear el problema de la rehabilitación sexual de la pareja.

**SEÑOR DECANO.-** Ya entramos en el área de la salud mental.

**SEÑOR OLAZABAL.-** Efectivamente, ese conjunto deberá ser tratado por un especialista en ese sector. Esto da idea de la formidable importancia que tiene el programa desde el punto de vista médico-social, 'ya que verán muchas cosas que nadie nos enseñó ni nos mostró nunca.

Y tomemos otro aspecto: el caso de la embarazada normal, por ejemplo, que llega a la comunidad o al lugar de consulta y que tenemos que integrar a un sistema. Si hablamos tanto de justicia social, lo primero que deberíamos tratar de hacer es de procurar que los niños nazcan bien; de preservar la riqueza genética de nuestros individuos; que no se destruya al ser que nace sano e inteligente, y que se pueda desarrollar bien.

¿Cómo podremos lograr eso? Controlando el embarazo. ¿Cuántos controles aceptamos nosotros como necesarios para una embarazada? ¿Cómo se deben realizar? Eso tenemos que enseñarlo, en la práctica, a los alumnos. Es esencial en un país donde nace poca gente y donde la juventud se va. De otro modo, estamos autodestruyendo este formidable patrimonio de un país, que es la gente que nace.

Aquí hay otro elemento que debe estudiarse: a esa mujer normal, que no se interna en el hospital, hay que enseñarle, con un sentido netamente social, cómo debe cuidar su embarazo, qué debe hacer luego con sus hijos, las nociones de puericultura, el manejo del recién nacido, su alimentación, la vinculación necesaria con ese centro de salud para que no aparezca después el niño con acidosis, con diarreas, y con todos los problemas que los pediatras conocen tan bien.

Es muy importante el control de ese recién nacido en el hospital y su seguimiento posterior, al regreso de ese binomio a la comunidad, para incorporarlo a un sistema de salud.

Son aspectos que desde el punto de vista médico tenemos que cuidar, sin olvidar para nada los factores económicos. Una de las grandes enseñanzas que brindó el profesor Bridge en el Sindicato Médico del Uruguay fue tomar a un grupo de gente que económicamente estaba lejos de la posibilidad de asistirse, que posteriormente incorporó a una cobertura asistencial, dándole una posibilidad de asistencia y de recuperación económica.

Todos estos factores son muy importantes y cuentan cuando salimos del aprendizaje y del viejo sistema de enseñanza que se da en el hospital.

Recuerdo que en el Hospital Pasteur, en cierta ocasión el Prof. Gonzalo Fernández -era el neurólogo de la clínica del Dr. Plá, adonde yo concurría- me mostraba

un síndrome de Parinaud. Estuve varias horas con eso, pero nadie en mi carrera me mostró nunca un pie Bot congénito de un niño. Yo fui practicante interno de un servicio de pediatría y nunca me mostraron tampoco esa enfermedad. Esa es una enseñanza que se puede brindar fácilmente en la comunidad, y el número va a favorecer mucho, porque si tenemos treinta y tres estudiantes por clínica, podremos distribuir tres o cuatro por cada jefe de clínica. Volveremos así a la relación de uno de los mejores cursos que hice en mi carrera en la Facultad, en la clínica del Prof. Larghero, cuando nos dividieron en grupos de dos y tres por médico; fue excelente.

Tenemos que pensar muy bien en que este sistema de enseñanza en la comunidad va a brindar beneficios enormes. Desde luego que no es algo fácil de asimilar. En una primera instancia, al igual que el Consejero Algorta, me surgieron algunas dudas, pero a medida que fui pensando en el tema y viendo las posibilidades que ofrecía, me fui dando cuenta de que el panorama era completamente distinto.

Ya se opte por el sistema de los semestroides o de la trenza, pienso que va a ser un programa de enorme beneficio para el desarrollo del año materno infantil.

**SEÑOR ALGORTA.-** ¿Es que no se enseña el cáncer uterino en las clases de clínica? Es evidente que debe enseñarse. Cuando yo hice ginecología lo aprendí allí. Del mismo modo, en lugar de ver un pie Bot por año en la comunidad, voy al fondo del Hospital Pereira Rossell y veo diez por día.

**SEÑOR OLAZABAL.-** De pronto, en el fondo del Pereira Rossell no hay la suficiente cantidad de docentes para enseñarlo. Yo cité el ejemplo del pie Bot, pero podría haber citado a muchos otros.

**SEÑOR ALGORTA.-** No puede hacerse una falsa oposición entre una estupenda docencia en la comunidad y una mala docencia en el hospital.

**SEÑOR DECANO.-** Nadie hace esa oposición. Estamos mostrando la complementación de los niveles educacionales, y diciendo que los estudiantes deben ser el elemento integrador.

**SEÑOR ALGORTA.-** El hospital es muy importante como aporte y acumula muchas patologías, permite que los estudiantes tengan una información más grande sobre cantidad de aspectos particulares de las enfermedades, mucho más que los que puede conseguir en una comunidad. ¿En la comunidad va a ver cosas que no ve en el hospital? Por supuesto que sí, pero no hay oposición.

**SEÑOR FOLLE.-** Creo que no hay ninguna oposición entre la enseñanza que se hace al estudiante en el centro de la atención primaria de la salud, y la del hospital. No se trata de que se haga una enseñanza distinta, sino de ver aspectos diferentes de una misma cosa. Lo que estamos diciendo para el año materno infantil puede aplicarse a cualquier otro tipo de clínica, sea general o de especialidades.

Hay muchas razones para apoyar el programa en la comunidad y lo que significa como ampliación del campo de aprendizaje de los estudiantes, pero yo diría que una de las más importantes no es tanto continuar lo que hace el hospital. Desde luego que el hospital ofrece mucho material para el aprendizaje, y también coincido en que el tiempo para ello es corto; tanto, que uno nunca deja de aprender en el hospital. Cada día

cualquiera de nosotros, a la altura que se encuentre, aprende algo nuevo allí. Pero hay también otras cosas que no se aprenden en esa área, que nadie en la época de estudiantes nos lo supo enseñar. Yo pensaría, más bien, en términos de lo que no da el hospital, cosa a la cual se refería el Prof. Olazábal. Él señaló algunos ejemplos, y efectivamente es así.

Hay muchos aspectos de la enseñanza de la medicina -porque eso también es medicina- que no se ven en el hospital, y que uno los va adquiriendo afuera, sea en los centros de salud, o bien sea aprendidos por nosotros mismos, a la fuerza, cuando lo encontrábamos en el ejercicio de nuestra profesión. El hospital, por sí mismo, no es una estructura adecuada para mostrar esas cosas.

En mi caso particular yo diría que mi confianza en la medicina y en su capacidad para curar las enfermedades es cada vez más grande; pero si se hiciera una curva -que es ascendente- de esa confianza que uno va adquiriendo, y la compara con la confianza en los métodos de prevención de las enfermedades -que también es ascendente-, se encontraría que la pendiente de esta última es más pronunciada. Nosotros cada vez estamos creyendo más en los métodos de prevención de las enfermedades, que en la curación de éstas. En ambos campos se progresa, pero el primero de ellos tiene más incidencia en el estado de salud de la población.

El campo de enseñanza y aprendizaje de la prevención de las enfermedades se hace fundamentalmente fuera del hospital; se ve poco en el hospital en ese sentido. Podría citar muchos ejemplos de lo que estoy diciendo, no sólo en el campo materno infantil.

Nadie dijo que el hospital no sirva para nada, que ahora lo que vale es la comunidad. No lo aceptaría, como tampoco que alguien dijera que las salas del hospital sirven y no la policlínica; o que la emergencia sirve y el enfermo crónico no. No hay oposición entre esos conceptos.

Tampoco participo de lo que se ha dicho respecto a que el estudiante pasaría a ser un promotor de salud. No es el alumno quien va a cumplir esa función, pero, al igual que en todas las demás cosas, la mejor, o casi la única manera de aprender algo es haciéndolo. Si el estudiante tiene que aprender la importancia de la promoción de salud, lo mejor es que trabaje en ese sector.

Yo compararía la situación del estudiante del ciclo materno infantil con lo que antes era el externado. ¿Cuándo aprendimos mejor durante nuestros primeros años? Cuando fuimos externos. ¿Por qué? porque cumplíamos una función. En aquel entonces también podría haberse dicho que el estudiante no era un médico provisorio ni un enfermero. Sin embargo en esa instancia era cuando más aprendíamos.

**SEÑOR DECANO.-** Cuando discutimos hace dos años la reinstauración del ciclo clínico patológico en sus instancias médico quirúrgicas, insistíamos mucho en la importancia de restaurar el externado como un valor educativo muy grande, por el contenido de inserción del alumno en el equipo que atiende la salud. La inserción es modestísima, pero es una inserción al fin.

**SEÑOR ALGORTA.-** No se me entendió cuando hablé de que el estudiante no debía ser promotor de salud. En la medicina se aprende haciendo asistencia, y los estudiantes

aprenden haciendo asistencia. Suscribo la opinión sobre lo que significó el practicantado interno en la carrera de los médicos. Distinto es concebir al estudiante como promotor de la salud a nivel de la comunidad, saliendo de la asistencia individual que él realiza con el enfermo, que implica un acto docente. Son dos cosas distintas.

**SEÑOR FOLLE.-** No se trata de eso.

**SEÑOR OLAZÁBAL.-** El sector de población que se va a vincular a los centros de salud donde están los grupos estudiantiles no tiene ningún tipo de cobertura asistencial; ni siquiera tienen educación para concurrir a los centros de salud. Acá se citaban cifras: que el 55% de los partos que se hacen en el Hospital Pereira Rossell no tienen ningún tipo de asistencia prenatal.

**SEÑOR ROZADA.-** Efectivamente. Y consideramos asistencia prenatal a una consulta médica.

**SEÑOR DECANO.-** Son términos de referencia que sirven para comparar si lo que vamos a hacer va a servir o no.

**SEÑOR OLAZABAL.-** Ese grupo de gente habitualmente no se asiste en ningún lado. Los estudiantes de medicina, en la búsqueda de esas personas, van a encontrar una motivación muy positiva.

**SEÑOR ALGORTA.-** Las estadísticas son espantosas, pero no corresponde a los estudiantes solucionar ese problema, sino a otra organización.

**SEÑOR OLAZABAL.-** En este momento esas organizaciones están en manos del Ministerio de Salud Pública y de la Facultad de Medicina. Este mecanismo, que se proyecta con un modelo asistencial, al país le va a resultar muy barato.

El servicio a nuestro cargo tiene cuarenta y ocho camas, y allí deben entrenarse ocho jefes de clínica, tres asistentes, tres profesores agregados, seis residentes, un número determinado de alumnos de posgrado, y cien estudiantes. Prácticamente hay cuatro personas por cada cama, en forma continua. Es muy importante si logramos diversificar, y que esa gente haga parte de su aprendizaje en otro lado.

Es evidente que cualquiera de nosotros, trabajando en el mutualismo, en policlínicas de Salud Pública o en otros lados hemos adquirido conocimientos completamente distintos a los que nos dio la Facultad. Si los estudiantes pueden acceder a esa visión ya desde la primera época, va a ser algo muy importante, y no es para despreciar. Además no se trata de la única forma de enseñanza, sino de un elemento complementario que se está agregando en el ciclo materno infantil, con un control docente. Estamos hablando de un grupo poblacional que no consulta al médico cuando tiene una gripe, ni una neumopatía aguda. Esas personas van al hospital cuando el foco le toma todo el pulmón, cuando tienen un derrame, una perforación pulmonar. Pero eso ya no es la medicina de todos los días. Estamos hablando de cosas distintas, y de ópticas diferentes.

**SEÑOR FOLLE.-** Hay otro factor importante, que no está relacionado directamente con el aprendizaje, pero que es su consecuencia indirecta.



Me relataban los estudiantes que están haciendo el Ciclipa en Paysandú que el hospital de esa ciudad tiene algunos médicos rentados y otros colaboradores honorarios, pero que en general los médicos de la ciudad no concurrían al hospital. Cuando se empezó a hacer la enseñanza allí empezaron a acercarse excelentes médicos clínicos de la ciudad, y progresivamente se incorporaron inclusive a la actividad docente.

Pienso que esto podría tener también un efecto indirecto sobre los centros de salud. Quizás en muchos de ellos el médico vaya solamente una parte de su horario. La presencia de los estudiantes -como sucede siempre- quizás sea un motivador para el cumplimiento de las funciones, y para la mejora de la calidad asistencial, lo que a su vez repercutirá en una mejor docencia. Creo que eso es altamente beneficioso.

**SEÑOR DECANO.-** Estoy convencido que si enseñamos sobre criterios de integración docente-asistencial, el programa cambiará sustancialmente. La realización de actividades enseñantes, como siempre ha pasado, va a contribuir a elevar el nivel de calidad de prestación de servicios por parte de los organismos comprendidos en el sistema.

Creo que aquí se ha cambiado el rótulo a servicios que eran prácticamente policlínicas barriales, poniéndoles el nombre de Centro de Atención Primaria de la Salud. Desde luego, desde Alma Atá hasta ahora, es un valor acreditado mundialmente, pero para que efectivamente sea un centro de atención primaria hay que desarrollar programas distintos. La presencia educacional la participación en un programa de integración docente asistencial, contribuirá a ello.

Estoy seguro de que esto significará, además, entrenamiento en servicio para los médicos de Salud Pública de esos centros, que es lo que ellos estaban esperando y reclamando; significará un estímulo para actividades nuevas. Hay centros de excelente tradición y tan importantes como el del Cerrito de la Victoria -uno de los mejor dotados desde el punto de vista de la infraestructura física-, que no tenía participación ni conexión con la comunidad a la cual sirve. Se trata simplemente de un consultorio policlínico. En otros lugares ocurren cosas diferentes. Está en construcción un subcentro dependiente de la Unión, por iniciativa de los sectores que trabajan en la comunidad. Se han manejado con mucha amplitud en el barrio de Villa Española, con el apoyo de un club de fútbol que ha cedido uno de sus locales al lado de la sede, y con la colaboración de una parroquia que ha cedido el salón parroquial para que docentes y estudiantes puedan trabajar.

Puede ser que esto sea considerado utópico -siempre habrá un calificativo para lo nuevo-, pero yo decía que acá habrá atención primaria de la salud cuando nosotros estemos participando efectivamente en el programa. Mientras tanto, se dará ese nombre a policlínicas barriales con mayor o menor conexión entre sí, con médicos que van a concurrir o no, abiertas cuatro horas por día. Días pasados fui a visitar dos centros en los cuales vamos a trabajar, y a las dos de la tarde estaban cerrados. Nosotros vamos a obligar a que esos centros estén abiertos y creo que ese es uno de los objetivos. No es en sí un objetivo educacional sino asistencial, pero pensamos que en la interconexión entre docencia y asistencia, vamos a conseguir objetivos de educación. Si la asistencia no es buena, la docencia no puede serlo.

Estoy convencido de que vamos a extender el programa educacional, de que vamos a inducir la extensión de horario de esos centros, que están planeados para trabajar por lo menos durante ocho horas.

**SEÑOR ROZADA.-** Creo que no está en discusión si se va a hacer o no docencia en la comunidad; que sobre eso estamos todos convencidos. Sin embargo me voy a referir a aspectos concretos de aplicación para el año próximo.

Considero que a nivel de la comunidad aún no están dadas las condiciones físicas como para que se pueda exigir demasiado. Por ejemplo, el centro de salud con el cual estamos conectados, el de Santa Rita, tiene ochenta y ocho funcionarios, y noventa metros cuadrados de superficie. Ni siquiera cabrían parados. No hay lugar para estudiantes, que tendrían que conseguir salones en la escuela de al lado, o en otro sitio.

Este problema se repite en la Unión. En el consulto entran el médico y el paciente, y no hay más lugar.

Si bien es importantísima la presencia de los estudiantes en la comunidad por todas las cosas que se han dicho acá, en la práctica será difícil de organizar. Y no hablo ya de la buena voluntad de los docentes o del personal del Ministerio de Salud Pública, que en algunos centros estoy seguro que creará problemas.

Por otra parte, no estamos de acuerdo con que el estudiante concurra a la clínica solamente dos días a la semana. Para interesarse de lo que sucede allí tiene que ir todos los días, como cuando nosotros éramos externos. Llegábamos a las ocho y nos íbamos a las doce, y veíamos todo lo que estaba ocurriendo en el servicio. Si va dos días por semana a una clínica pediátrica, dos a una ginecológica y otros dos a la comunidad, en definitiva no estará en ningún lado.

Hace dos años que estamos haciendo reuniones con los Coordinadores del Ciclipa, y creemos que es importante mantener los esquemas que habíamos proyectado hasta ahora. Habíamos dividido el curso en dos clásicos semestres, y al principio dábamos una semana de introducción, luego una semana de semiología, y a posteriori se dividía a los estudiantes en tres o cuatro grupos, en los diferentes sectores de cada una de las clínicas. Este año en que habrá pocos estudiantes, los resultados serán mejores que en los anteriores. Habrá menos alumnos por grupo y se permitirá posiblemente evitar el examen final. La evaluación podrá hacerse por el conocimiento directo, a lo largo del curso.

Reitero que para que el estudiante esté realmente en la clínica es necesario que concurra todos los días. Podrá ir a la periferia, pero en las condiciones físicas en que está no creo que pueda hacerlo más de un día por semana.

**SEÑOR BATTYANY.-** Hemos estudiado este asunto en la Comisión de Asuntos Universitarios del Sindicato Médico del Uruguay. Pensamos que este programa es muy bueno, pero puede fallar si no hay una participación vital del orden estudiantil. Corremos el riesgo de que lo que decidimos aquí en cúpula falle luego en el terreno práctico, si no cuenta con una verdadera participación de los alumnos.

En este sentido, nos permitiríamos sugerir que se destinen varios días a la explicación exhaustiva de los objetivos del programa, de los problemas que pueden surgir, de cuál es la filosofía de este plan.

**SEÑOR DECANO.-** Vamos a proponer que se haga una reunión con los coordinadores del año, los del Ciclipa, los del programa en la comunidad y los profesores titulares, junto a los estudiantes, para explicar lo más ampliamente posible todo esto. El año pasado tuvimos dificultades para hacerlo porque estábamos muy sobre el comienzo de los cursos, y había muchos elementos en contra. Este año han cambiado todas esas circunstancias. Hay servicios, como el del Prof. Maggi, que han manifestado su convicción de que el programa es realizable.

Por supuesto que hay limitaciones de orden práctico. Hemos hecho pedidos a organismos internacionales para que nos apoyen, pero no recibimos respuesta. De todos modos, contando con la colaboración de clubes deportivos, de escuelas o de organizaciones religiosas de la zona, lo llevaremos adelante. No podemos esperar a que vengan los recursos.

Cuando inauguramos el Ciclipa de Paysandú, en la ceremonia inaugural en la casa de la Universidad yo dije: "Brindo por la locura". ¿Por qué? Porque si aquí imperara la sensatez de los expertos internacionales, de los agentes de esos organismos, que esperan que se den todas las condiciones para realizar un programa, no lo aplican. Si acá trabajáramos con sensatez, cerraríamos y nos iríamos. La verdad es que antes de la recuperación de la autonomía aquí imperaba la sensatez: los docentes no iban al hospital y los estudiantes tampoco. Después se arreglaban para que salvaran los exámenes y les dieran el título. Lo que sabían los estudiantes era una vergüenza. Esto fue reconocido por docentes y admitido por los alumnos.

Estos estudiantes tienen unas posibilidades diferentes, y nosotros vamos a hablar con ellos. En una reunión fue calificada como una generación difícil. Son los que un sábado por la mañana llenaron esta sala del Consejo con motivo de la evaluación final del año médico quirúrgico. Son los mismos que habían sido también azuzados por los docentes de clínica que veían con aprensión las modificaciones educacionales tímidas que se hicieron en el Ciclipa. Sin embargo, de acuerdo con testimonios proporcionados por el Prof. Navarrete y por distintos docentes, esos alumnos han mostrado una diferencia muy importante, en cuanto a conocimientos, con los de generaciones anteriores, que han hecho sus semestres de clínica médica y quirúrgica, pero que no accedieron al internado. Estos alumnos hablan en un nivel cualitativamente superior, lo que indica que los tímidos cambios han arrojado resultados educacionales positivos.

Sin embargo, nos falta la inserción de trabajo de los estudiantes, que a mi juicio es definitorio. Para ser médico -y quizás no deba decirlo yo, porque no soy médico más que por el título-, hay que trabajar mucho. Quizás yo podría decirlo por la negativa. No soy médico porque no trabajé en muchos de los campos de la medicina.

Sin embargo tengo formación cultural médica. Trabajando en La Habana, en un programa de posgrado de la Facultad, me di cuenta de que culturalmente soy buen médico, que sé cantidad de cosas. Todos nosotros dimos un examen de patología con una bibliografía enorme. El enciclopedismo nos daba esa formación cultural. Sin

embargo, no estoy en condiciones de asistir a nadie. Ahora bien, yo discutía con mis compañeros en aquel momento que nosotros no podíamos ceder la derecha en cuanto a ser capaces de discutir cualquiera de los temas. Los trabajos que hice no son de mi especialidad, pero luego de leer un tema, debemos estar en condiciones de discutirlo. Los que trabajan profesionalmente, aparte del conocimiento, hacen otro tipo de tareas.

Como bien decía el Dr. Olazábal, no se puede enseñar sobre la base de las "rarezas"; eso es para los coleccionistas. Nosotros tenemos que trabajar sobre la vulgaridad, con lo que se encuentra el médico general.

Cuando salvábamos el examen de ginecotocología sabíamos, como terapéutica del cáncer de cuello uterino, que había que hacer la operación de Wertheim pero ninguno de nosotros la iba a realizar en la práctica. En cambio no sabíamos colocar un espéculo en el cuello del útero, y yo no lo aprendí hasta que no me dieron en la clínica la tarea concreta de hacerlo.

**SEÑOR ALGORTA.-** El señor Decano supondrá que yo no estoy sosteniendo que el estudiante de medicina no deba saber las enfermedades comunes. Lo que pienso es que el médico que no sabe las enfermedades "raras", tampoco puede saber las comunes.

**SEÑOR DECANO.-** Tenemos una discrepancia que es sustancialmente pedagógica. Usted cree que un individuo se hace médico sabiendo las enfermedades, y yo considero que se hace médico de otra forma.

**SEÑOR ALGORTA.-** El médico se hace inmerso en el hospital.

**SEÑOR DECANO.-** Para lo cual debe tener un conjunto de conocimientos de patología. Pero el ejemplo que puse es para citar como una obligación de quehacer me hizo aprender a colocar un espéculo y a visualizar un cuello uterino.

Yo pregunto a los colegas gineco tocólogos: de los estudiantes que aprobaron el examen de clínica, desde aquella época hasta ahora, ¿cuántos sabían visualizar un cuello uterino y tener una idea o una percepción válida para juzgar las condiciones en que se encontraba ese cuello?

**SEÑOR ROZADA.-** Muy pocos, por una razón muy importante: el número de estudiantes no está de acuerdo con el de pacientes.

**SEÑOR DECANO.-** Nosotros éramos ciento cincuenta.

**SEÑOR OLAZABAL.-** Recuerdo que el Prof. Crottogini indicaba que nosotros teníamos que hacer por lo menos diez tactos diarios. Hoy, con el número de enfermos, es imposible, pero si acercamos todo ese grupo de gente que no tiene cobertura asistencial, vamos a cambiar la relación y a poder distribuir los estudiantes de otra manera.

**SEÑOR PEÑA.-** Adhiero totalmente a lo que decían los Consejeros Folle y Batthyany. Quiero insistir en lo que dijo este último respecto a la necesidad de que los estudiantes participen, desde el comienzo, en esta tarea. Es el factor principal.

Comprendo la inquietud del Consejero Algorta, pero el único lugar y la única forma de que los estudiantes aprendan promoción, prevención, educación en salud, la

importancia de la referencia y la contrarreferencia, es en la comunidad. Además, su sola presencia -como lo hemos visto en otros lados-, es capaz de elevar los niveles de asistencia de los servicios a los que concurre.

La concurrencia a la comunidad no está desplazando la enseñanza en el hospital. En éste nos formamos como médicos, pero no podemos dejar de concurrir al lugar natural para realizar el complemento de nuestro aprendizaje, que es la comunidad.

Comparto lo que decía el Prof. Olazábal respecto a las carencias de infraestructura en los centros de atención primaria, pero no podemos esperar a que esté todo pronto, sino que hay que buscar soluciones para, con lo que tenemos, poner el programa en marcha.

Me resta un poco el temor -aunque, como dijo el Prof. Olazábal, es un aspecto menor- respecto a la división de la semana en dos días, dos días y dos días. Es un aspecto que habría que analizar. Veo al estudiante corriendo todos los días de la semana, sin participar con continuidad y una responsabilidad compartida en la asistencia de un enfermo, que no verá hasta los dos días de la semana siguiente.

**SEÑORITA ALIA.-** Conceptualmente estoy de acuerdo con este programa que se ha planteado para el año materno infantil, que tenemos que concebir como una unidad integrada y coordinada desde el control de la madre embarazada, hasta el parto y el posparto, o sea, la neonatología y después el niño.

Este año pudimos lograr cosas muy importantes en la comunidad. Estaba haciendo pediatría y realmente pude aprender de ginecología con examen de pacientes obstétricos en la comunidad, antes de hacer el semestre de obstetricia. A mi juicio la integración que se dio fue muy positiva.

Tengo dudas respecto a los cuatro días que se destinan al hospital, y más aún si se dividen en dos y dos, en las respectivas clínicas. Es posible que el estudiante pase corriendo de un lado a otro, sin poderse ubicar en ninguno. En ese sentido estoy de acuerdo con lo que dijo el profesor Peña, en cuanto a seguir pensando y buscar una solución que pueda aplicarse lo mejor posible.

Comparto la proposición que hacía el Consejero Batthyany en el sentido de tener una reunión con los estudiantes de la generación 1983, plantearles todas estas iniciativas, ver qué opinan, a fin de que ellos puedan participar en la elaboración de este programa que permite integrar todos los sectores en juego. Donde tengo más dudas es a nivel hospitalario, ya que en la comunidad pienso que va a ser factible.

En concreto, propondría que se siguiera estudiando las propuestas de integración entre ginecología, obstetricia y pediatría, dentro de los cuatro días del hospital, todo a lo largo del curso; en segundo lugar, que se convoque a los estudiantes del próximo año materno infantil, a una reunión a realizarse el 24 de febrero, a fin de tratar estos temas.

Dejo aclarado que mi propuesta es a título personal. Todavía no hemos discutido este tema en la AEM y quisiéramos reunirnos con los alumnos involucrados para adoptar una resolución definitiva.

**SEÑOR ROZADA.-** Después de largas charlas con los coordinadores, habíamos mantenido el esquema de los dos semestres, planteando que los estudiantes estuvieran divididos en cuatro grupos: uno estaría cuatro semanas en comunidad, otro en neonatología y ginecología, otro en policlínica del hospital, y otro en las salas de obstetricia. Habíamos dado prioridad a la consulta externa, y por eso estarían cada uno de ellos cuatro semanas en el consultorio externo, tanto a nivel del hospital como de la comunidad. Por otro lado, habíamos acertado la estadía en la sala de ginecología, ya que en estos momentos el volumen de pacientes de ese sector del Pereira Rossell ha disminuido. Además, como se tarda en las operaciones o en las altas, la rotación de los pacientes es menor. De manera que esa disminución del pasaje de los estudiantes por ginecología compensamos con un aumento en neonatología y en consulta externa, donde todavía se ve un volumen importante de pacientes.

Este esquema teórico llegó a funcionar relativamente bien. En el segundo semestre fue peor, porque un buen número de estudiantes estaban preparando un concurso de internado. A pesar del volumen grande de estudiantes, hay un porcentaje de diez o veinte por ciento que se preocupan, y van todo el tiempo.

Consideramos fundamental que el estudiante esté permanentemente vinculado a un sector de clínica, por lo menos durante un lapso de cuatro semanas. De lo contrario será una visita. Si hoy está en maternidad y mañana en pediatría, no va a integrarse a ninguno de los dos servicios. Nosotros queremos que trabaje, que se involucre en la asistencia de las pacientes, que haga pequeñas maniobras de enfermería; de pronto tienen que sustituir a las enfermeras -en estos momentos tenemos una nueva crisis en el Pereira Rossell en ese sector-. Si los alumnos hacen una visita de dos días por semana, se desinteresarán tanto ellos como los docentes, y quizás la situación sea peor que antes.

**SEÑOR DECANO.-** Es decir, que según el modelo enunciado por el profesor Rozada, los alumnos harían un pequeño curso introductorio, y luego cuatro estadías rotativas, de cuatro semanas cada una, que se repetirían semestralmente. Sería, entonces, la propuesta de la Comisión de los docentes del Pereira Rossell, reunida con los Coordinadores.

**SEÑOR CHAVARRÍA.-** Nosotros en pediatría hicimos también cuatro reuniones de evaluación con los estudiantes, y en las cuatro se señaló, muy claramente, la necesidad de continuidad en la enseñanza, que había dejado un sedimento mucho más importante que el del semestre anterior. Suscribo la propuesta que ha hecho el profesor Rozada.

**SEÑORA GENTILE.-** Lo que los estudiantes recalcaron permanentemente es que la actividad en la comunidad había constado de tres semanas, período en el cual se adaptaron; que cuando empezaron a ver los beneficios de la tarea, se tuvieron que ir. Desearían mayor tiempo de actividad en la comunidad.

**SEÑOR PENCO.-** Consideramos que es muy importante que se cite a los estudiantes, se les explique los contenidos y las ideas de este programa, como propuso el Consejero Battyany, a fin de que lo discutan y asuman la responsabilidad de llevarlo adelante. Por más que el Consejo lo defina, si los directamente interesados no están convencidos de llevarlo adelante -no sólo me refiero a los estudiantes sino también a los docentes-, no va a avanzar.

Por eso creo que debe tomarse el tiempo suficiente como para que los estudiantes, que en este momento están en período de vacaciones, puedan discutirlo y comprometerse con el programa. Si no pudieran hacerlo en tiempo, sería preferible aplazar el inicio de cursos, pero no tomar una medida que después se cuestione porque ni estudiantes ni docentes sabían claramente cómo iba a estar organizado.

**SEÑOR MAGGI.-** Creo que todos tenemos el convencimiento de que este programa es satisfactorio, y que tenemos que ajustar los detalles. No coincido con el Prof. Rozada en cuanto al modelo, ya que yo optaría por el sistema llamado de la trenza.

Nosotros estamos realizando en la clínica reuniones tres veces por semana para coordinar toda la actividad docente en el servicio y en la comunidad. Queremos dejarlo todo pronto y definido para fines de este mes. Nos interesaría -y hago una propuesta en ese sentido- que el grupo de estudiantes de la generación 1983 se integre con nosotros a estas actividades de preparación, a fin de definir nuestras responsabilidades. Con esto resolveríamos el problema que se ha planteado, ya que no creo que sea una buena medida aplazar el inicio de cursos. Eso equivale a recortar los programas, y los pediatras siempre hemos reclamado que el tiempo de que disponemos es corto.

Muchos docentes nos quedamos en enero, y podemos reunirnos tres veces por semana, de nueve a once, para tratar el tema.

**SEÑORITA ALIA.-** Hay pocos estudiantes, y no creo que puedan venir todos.

**SEÑOR MAGGI.-** Basta que sean representativos.

**SEÑOR PENCO.-** No es un problema de representatividad, sino de que la generación esté convencida.

Personalmente yo estoy convencido de muchas de estas cosas y podría votarlas tranquilamente, pero hay un problema de responsabilidad colectiva para llevar adelante esta propuesta.

Por diversos motivos se fue postergando la definición de este tema; llegamos a fin de año, y queremos definirlo para el año lectivo que empieza en marzo. Si el costo que tenemos que pagar es que los cursos empiecen más tarde, no habrá otro remedio. Yo no estoy planteando que se acorten los cursos, pero si es el sacrificio que debemos hacer todos -estudiantes y docentes- para que las cosas salgan bien, tendremos que tomar esa medida.

**SEÑOR RADICIONI.-** Estoy de acuerdo, en parte, con lo que dijo el Prof. Maggi. Ya relaté en la sesión pasada la experiencia que tuvimos en la comunidad, y los tropiezos que sufrimos.

Creo que, hoy por hoy, hay que asumir responsabilidades. La generación que va a cursar el año materno infantil ya tiene experiencia previa por haber trabajado en la comunidad en el año médico quirúrgico. Si faltan ajustar los detalles, la idea del profesor Maggi de ir ganando tiempo ahora en el modelo organizativo me parece lo más correcto.

Es cierto que no estará toda la generación, pero ya contamos con una encuesta que hizo la gente de comunidad sobre lo que opinaban los estudiantes al final del curso.

Con esos elementos, podría reunirse a los estudiantes delegados de las distintas clínicas que participaron en esas instancias para que aporten una opinión. También hay un informe objetivo de los estudiantes que hicieron su trabajo en la comunidad.

Es evidente que esto no estará pronto en enero ni en febrero; que a medida que se desarrollen los cursos surgirán inconvenientes, pero habrá que irlos corrigiendo y superándolos, para que las cosas funcionen mejor.

Nadie puede garantizar que las cosas van a funcionar bien, pero mayores serán las dificultades si no hacemos un inicio formal. De ahí que yo apoye la iniciativa que se plantea de ir ganando terreno.

**SEÑOR PENCO.-** No se trata de un problema de representatividad, sino de llevar adelante colectivamente un proceso educativo, y ser solidarios con el programa que se va a desarrollar.

La AEM, luego de la experiencia de estos años en distintos ciclos, considera que es muy importante que la gente se comprometa con lo que va a desarrollarse en el año. No se trata de asumir responsabilidades por los otros, sino de asumirlas colectivamente, que es lo fundamental.

**SEÑOR MAGGI.-** Yo no me refería tanto a representatividad, sino a participación.

**SEÑOR PENCO.-** Estamos convencidos que en estos momentos la participación no va a ser la que consideramos necesaria, o por lo menos la mínima para poder desarrollar esto.

Decimos esto con responsabilidad, porque no queremos asumir compromisos sin la debida consulta. Cuando se discutió los problemas del año médico quirúrgico fue en una época del año en que estaban todos los alumnos, que hicieron un proceso de discusión en función de lo que decían los docentes. Luego el tema se discutió en este Consejo, con una barra muy importante, se dejó bien en claro cuáles eran las salidas, y la delegación estudiantil acompañó esas medidas. En estos momentos nosotros no podemos asumir esa responsabilidad.

**SEÑOR OLAZABAL.-** Yo pensaba que se podía dividir la actuación en la comunidad, tal como estaba establecido en el modelo llamado de la trenza, en las seis semanas. Las primeras seis semanas serían de semiología junto a todos los elementos del año materno infantil. De esas seis semanas, tres serían de obstetricia y ginecología, una de neonatología, y dos de pediatria.

Por otro lado, de los cien estudiantes que le corresponderían a nuestra clínica, una tercera parte iría a la comunidad, otro tanto a obstetricia, y otro tanto a pediatria, distribuidos dos días por semana. Luego se alternarían.

Quiero señalar que el practicante de familia, si se aplicara el modelo de los semestroides, perdería jerarquía, a que la actividad sería muy variable y se restaría mucha importancia a la visita domiciliaria que haría ese grupo. En cambio, en el otro modelo se prestigia realmente la actividad de llevar la asistencia a toda la comunidad, tal como se pretende.



**SEÑORA FERRARI.-** Tengo muchas dudas en cuanto a la distribución de la semana en dos días, dos días y dos días. Podrían ser semanas alternadas, o quince días, distribuidos en pediatría, ginecología y obstetricia, y comunidad, a lo largo del año, para que tengan más continuidad. En ese sentido comparto lo que dicen los profesores Rozada y Peña en cuanto a que los servicios clínicos del hospital requieren más tiempo de dedicación.

**SEÑOR DECANO.-** Se trata ya de un aspecto organizativo final. La resolución podría decir que se aprueba el modelo con actividades simultáneas en las clínicas pediátricas, gineco tocológicas y en la comunidad, de manera que luego puedan definir ustedes cómo se distribuirá esa actividad. Es ya algo que refiere a la técnica organizativa.

Lo más importante es que estén concurriendo a esos lugares. Si no hay continuidad, todo el sistema de referencia y contrarreferencia se va a caer. Si el estudiante no tiene actividades y presencia en la clínica pediátrica cuando esté haciendo ginecotología, no puede referir niños desde la comunidad; y, a la recíproca, sucede lo mismo cuando da el alta de los pacientes, como hemos señalado en sala.

Creo que este es un problema menor, dentro del Hospital Pereira Rossell. Supongamos que una paciente, por determinadas características, por su tiempo evolutivo, necesita verse en los días subsiguientes. Si el alumno tiene que ir en esos días a una cátedra de pediatría, no hay ningún inconveniente en que pase a ver a esa paciente por el servicio de ginecología. Lo mismo si sucede a la inversa. No es un obstáculo insalvable para que haya esa continuidad que estamos pidiendo.

**SEÑOR GÓMEZ FOSSATI.-** Creo que estamos confundiendo los niveles de discusión en estas últimas exposiciones. El Consejo debe dar las pautas generales sobre cómo hacer el año materno infantil, pero la parte estrictamente técnica sobre cómo desarrollar el modelo debe quedar a cargo de los responsables de esa enseñanza, que saben exactamente cuáles son los contenidos, y en qué época del año tienen que aplicar un modelo u otro. No podemos convertirnos en una Comisión Coordinadora ampliada del ciclo.

En cuanto a la docencia en la comunidad y en el hospital, siempre se han planteado como alternativa si van a uno u otro lado, y en qué porcentaje del tiempo. ¿No se ha manejado nunca la posibilidad de que la actividad comunitaria sea complementaria de la asistencia al hospital? ¿No se puede ir a la comunidad por la tarde, de modo de no interferir las horas de hospital?

**SEÑOR DECANO.-** Justamente, en el sistema de practicantes de familia este grupo actuaría por la tarde.

Es una de las cosas que levantó más resistencia el año pasado: a nadie le cayó bien tener que ir por la tarde. Creo que este año tendrán que hacerlo, como trabajo práctico, porque tenemos que intensificar la dedicación. En cuanto a los estudiantes que trabajan, el sábado por la tarde puede ser el mejor momento para trabajar en la comunidad, porque es el día en que está la familia entera reunida.

También los centros de salud tendrán que funcionar por la tarde, y eso será un cambio muy importante en la organización asistencial. Los docentes tienen ya

organizado su horario, trabajan de mañana en la clínica y de tarde en el mutualismo. Es importante que esos centros puedan trabajar ocho horas y realizar por la tarde el programa docente de la Facultad.

De todos modos, creo que en estos momentos es difícil aplicar una medida de este tipo, ya que los docentes tienen organizada su vida profesional.

**SEÑOR GÓMEZ FOSSATI.**- Una segunda inquietud en relación con el programa de la enseñanza en la comunidad es que, según las exposiciones previas, han surgido testimonios respecto a las insuficiencias de planta física, equipos y recursos humanos de los distintos centros periféricos. Temo que si se incorporan bruscamente todos estos estudiantes, dos veces por semana, quizás no hagan un uso óptimo de su tiempo.

Estoy de acuerdo en que a veces hay que apostar a la locura, como decía el señor Decano, pero no sé si en esta oportunidad no debe tenerse alguna cautela en ese sentido y, aun con el objetivo de mayor alcance de que un tercio de la actividad se haga en la comunidad, este año, como etapa de transición, nos fijemos un objetivo menor. Lo dejo planteado a modo de pregunta.

**SEÑOR DECANO.**- Aquí hay un problema de factibilidad. Yo me imagino al equipo coordinador trabajando desde hoy mismo, 29 de diciembre, hasta el 7 de marzo -fecha en que deben comenzar los cursos necesariamente; en eso no vamos a transar-, para poner a punto esta actividad. Porque otra posibilidad es decir que de aquí hasta el 24 de febrero vamos a descansar todos, docentes, estudiantes, porque todos están muy cansados. Entonces en febrero los estudiantes van a decidir y arbitrarán qué es lo que les gusta o no.

Desde ahora tenemos que empezar a actuar, a ir centro por centro, a hacer gestión por gestión, para ampliar las posibilidades de hacer, a la vez, policlínica pediátrica y ginecológica. De pronto surge esta solución: que en alguna se trabaja de mañana y de tarde, o bien que de pronto ginecología trabaja en un subcentro de la intendencia, etc. Lo que más hay en esos lugares son niños. Cuando uno llega los oye por todos lados. Hay material de sobra para ejercer la pediatría. El problema es el espacio físico.

Afortunadamente, para hacer un consultorio pediátrico se necesita muy poco, y aquí sí que el Ministerio puede prestarnos su colaboración.

Lo que hoy dicen los profesores de ginecología y obstetricia en cuanto a que la mitad de los partos que se hacen en el Pereira Rossell no tienen ningún tipo de atención prenatal, es algo monstruoso, es una vergüenza nacional. Yo digo que ellos han de ser sensibles a esto. Y si apoyamos este programa, empecemos por luchar para conseguir las condiciones materiales.

Creo que la experiencia realizada este año ha demostrado que esto es factible.

Yo estuve dimensionando el número de docentes. De los 18 estudiantes que van a ir a la comunidad, seis estarán en pediatría, seis en ginecología, y otros seis estarán haciendo tareas en el espacio comunitario, afuera de ese centro. Para atender esa actividad habrá dos docentes de grado 2 de cada una de las disciplinas, y algún otro de grado 3. Aparte, estará todo el equipo que habíamos mencionado al comienzo. De

manera que docentes va a haber en cantidad suficiente, e inclusive podrán expandirse a algún otro subcentro.

Espacio en la comunidad hay de sobra; lo que no teníamos era recurso humano suficiente, por falta de asignación de rubros presupuestales suficientes en la Rendición de Cuentas.

De todos modos, lo más trascendente es que las clínicas asuman su rol enseñante también en la comunidad, participando en la atención primaria de la salud. Eso nos garantiza el recurso humano. Teniendo estudiantes y docentes, la infraestructura material es ensanchable. Por supuesto que no podemos conformar una estructura demasiado rígida; si hay factibilidades comprometidas que exigen cambios, los haremos; pero busquemos desde ahora la forma de solucionar esos inconvenientes.

**SEÑOR GÓMEZ FOSSATI.-** En cuanto al modelo operativo, pienso que no puede darse una solución muy definida, sino las grandes líneas. No podemos conformar una estructura excesivamente rígida que después resulte inaplicable.

Hemos visto, por la nota de los docentes que han trabajado en la comunidad, que ellos establecen una serie de dudas en cuanto a la real factibilidad de la tarea docente que se les encomienda. También el Dr. Rozada ha señalado dudas sobre la factibilidad que implica este modelo denominado de la trenza. Pienso que sobre eso podemos dar ideas generales, pero nada más.

**SEÑOR MAGGI.-** Lo que dijo el señor Decano es muy válido, y voy a seguir discrepando en este aspecto con la delegación estudiantil.

Nuestra cátedra necesita tiempo para organizar esto, y hemos destinado enero para planear las actividades. Nosotros solicitamos que el Consejo nos dé un modelo para trabajar. Por eso, aunque no tenga representatividad, nos gustaría contar con la presencia estudiantil interviniendo en nuestras discusiones.

**SEÑOR PRADERI.-** Quizás pueda estudiarse la forma de ensayar las dos posibilidades.

**SEÑOR DECANO.-** Creo que tenemos urgencia en aprobar un modelo operativo que funcione. Los estudiantes aquí tendrán que ir a trabajar. Y como lo que harán no será propaganda política -puede estar tranquilo de ello, Consejero Algorta-, sino medicina, van a aprender medicina.

También este trabajo en la comunidad tiene problemas éticos que tendremos que discutir. Los estudiantes tienen que saber muy bien que al trabajar con población hay problemas de ética, que tienen que respetar, en la relación de los universitarios con la gente. De pronto los más reacios al trabajo piensan que si llevan alguna listita en el bolsillo pueden tener algún éxito. Yo digo que el que lleve listitas en el bolsillo para repartir en tareas de educación, pasará a la Comisión de Disciplina, como seguramente la unanimidad del Consejo entiende que debe hacerse.

Este programa ha sido acusado, por quienes tienen el pensamiento conservador -y obsérvese que llego a decir "conservador"- como una forma de politización de los estudios y de la gente; y por los que tienen cierto pensamiento político de vanguardia

-obsérvese que llego a decir "de vanguardia"- como un programa reformista que cae en la ingenuidad de querer transformar la realidad asistencial del país a través del samaritanismo. Estos son los dos extremos con los cuales tendremos que pelear. Como no trabajamos en función ni de una cosa ni de la otra, sino de un programa educacional que -lo decía en la reunión del otro día y lo suscribo ahora-considero que es revolucionario, creo que debemos impulsarlo, como prolongación del ciclo clínico patológico.

Además, la madre y el niño, en el encare científico, en la consideración clásica somática del paciente, arrastran inevitablemente problemas psicológicos y sociales. Por algo los pediatras han sido los pioneros en el desarrollo social de la medicina en todo el mundo. Y también los ginecólogos han respondido de una manera sorprendente con respecto a sus tareas en la comunidad. He visto docentes calificados, que podrían ser grados 4 o grados 5, en tareas de este tipo; no se trata de que estemos empleando aquí un material docente de segunda calidad. Los vi distribuyendo estudiantes, aconsejándoles, indicándoles cómo se hacían las encuestas, y saliendo ellos mismos a caminar.

En el seminario internacional sobre atención primaria de la salud los técnicos extranjeros dijeron que el médico, aparte de todo lo que hace, tiene que caminar, moverse: necesita piernas. Y yo vi a esos médicos acompañar a esos estudiantes, seleccionar los lugares, aprender mucho de medicina preventiva.

En esta Facultad siempre se enseñó medicina preventiva pero nunca se aprendió. Yo le pregunto al Prof. Maggi -que debe tener una escolaridad superior al muy bueno sobresaliente-, qué sabe de medicina preventiva, de medicina social, de administración de salud; seguramente muy poco, y lo digo con todos los respetos. El Prof. Olazábal -fue compañero mío y excelente estudiante- creo que tampoco sabe nada; como no sabe nada el profesor Praderi, que es un erudito de la cirugía; tampoco sabe el Prof. Rozada.

Aquí se enseñó mucho sobre eso, pero no se aprendió nada, porque por la verbalización del conocimiento no se aprende las cosas, Consejero Algorta. Esto, a sus años, es algo que usted tiene que aprender. ¿Sabe cómo va a aprender? Recapacitando y reflexionando con fuerza y con valor sobre de qué manera usted aprendió la medicina, sí con clases de patología que le daban o con el trabajo que usted hacía.

**SEÑOR ALGORTA,-** Estoy de acuerdo con que la medicina se aprende tocando, pero no paseándose por el barrio.

**SEÑOR DECANO.-** Yo no digo que van a pasear, sino a trasladarse al lugar donde están los pacientes. Yo le voy a entregar una fotocopia del editorial do lar OPS, escrito por Carlyle Guerra de Macedo, que leí al comienzo de la sesión.

**SEÑOR ALGORTA.-** Coincido en que, dado el gran número de estudiantes, debe abrirse el espectro asistencial, pero siempre jerarquizando las cosas.

**SEÑOR DECANO.-** ¿Y por qué no? ¡Si yo estoy proponiendo que los profesores de grado 5, que son la flor y nata de la clínica pediátrica y ginecotológica vayan a los centros de enseñanza! ¡Si dos de ellos, los profesores Gentile y Mañé, han sido precursores de este programa educacional! ¡Si los que no han participado están

dispuestos a participar! Tanto el Prof. Maggi -que en este momento señala que su clínica ha discutido el tema y está programando la docencia para estar en condiciones de ejecutarla en marzo-, como el profesor Olazábal, reconocen los valores de este programa. Estoy seguro de que el Prof. Sica Blanco -que hoy no ha podido concurrir por otras obligaciones habituales en el Sindicato Médico del Uruguay- va a hacer aportes al programa, y el profesor Rozada acaba de decir que ha recogido experiencia fundamental.

La gente está esperando que nosotros le digamos qué va a hacer. Tenemos que dar una definición para que el equipo coordinador se ponga a trabajar.

**SEÑOR OLAZABAL.-** Durante la dictadura se hizo una experiencia muy interesante en el Departamento de Cerro Largo. Cuando la cifra nacional de mortalidad perinatal era del 4 por mil, en Treinta y Tres y Cerro Largo teníamos un cien por mil. Con los profesores Caldeyro Barcia, Bozzolo y Polto hicimos un estudio para el cual se desarrolló un plan docente asistencial que se iba a aplicar en todo Montevideo, en aquel momento auspiciado por la Fundación Kellogg. Finalmente esa fundación no nos proporcionó los fondos.

Aquel programa era eminentemente asistencial, pero esto hace mucho hincapié también en la parte docente. Aquí vamos a contar con el apoyo del Ministerio de Salud Pública. Si tenemos voluntad política y voluntad docente para realizar esto, creo que va ser muy importante para el futuro de la salud pública en nuestro país.

Hay otro elemento a tener en cuenta en la mortalidad perinatal: el índice de agresión neurológica se obtiene multiplicando por dos el de mortalidad perinatal. Quiere decir que si en Suecia hay un 7 por mil y aquí un 30 por mil, en aquel país hay 14 niños lesionados por cada mil, mientras que en el nuestro hay 60. La diferencia de 46 se carga a cuenta del mecanismo asistencial y de la sociedad toda. Ese ser, que ha sido lesionado neurológicamente, va a gravar durante toda su vida a la sociedad, por lo que va a necesitar en medios de atención, medicamentos, etc. Además es gente que desde el punto de vista intelectual tiene un formidable retraso.

Si podemos incorporar a la asistencia a todo ese sector de población que no recibe ningún tipo de atención prenatal, va a configurar una medida de gran importancia.

Estamos todos de acuerdo con el concepto, y hay pequeñas discrepancias en cuanto a la articulación de la medida. No debemos permitir que éstas nos impidan, en el afán de hacer algo perfecto, poner en marcha este programa de una vez por todas.

**SEÑOR DECANO.-** Tenemos varios proyectos de resolución que deberán someterse a votación. El primer inciso diría:

"1) Aprobar los objetivos, bases fundamentales, modelo organizativo y operacional del año materno infantil con actividades interconectadas en clínica pediátrica, ginecotocológica y en comunidad -que incluye la actividad de los "practicantes de familia"-, así como los criterios generales de evaluación continua e integral de los estudiantes y del proceso educacional, según la propuesta y los documentos presentados por el Decano.

2) Dejar constancia de que el Consejo estará abierto hasta el 24 de febrero de 1989 para considerar ajustes al proyecto, en función de las condiciones de factibilidad.

3) Recomendar a todos los profesores titulares vinculados a dicho año materno infantil, así como al Departamento de Educación Médica, la mayor atención al seguimiento del desarrollo de dicho programa educacional".

Luego tendríamos la propuesta de la Consejera Alía que diría:

"1°) Seguir estudiando la propuesta de ensamble entre las actividades clínicas de ginecología y obstetricia y de pediatría correspondiente a los cuatro días destinados al hospital.

2°) convocar a los estudiantes para el próximo año materno infantil para el 24 de febrero de 1989 a los efectos de que, con presencia de todos los profesores titulares de dicho año, la coordinación del mismo y el Decano".

Y aquí vendrían dos alternativas que han surgido de la discusión:

"a) discutir con ellos las propuestas de organización del año materno infantil".

"b) informar sobre la resolución adoptada por el Consejo y exhortarlos a participar activamente en su concreción".

Son dos alternativas distintas. Una es la que señalaba el Consejero Pérez Penco en el sentido de que, si fuera necesario se difiera el comienzo del año materno infantil, para discutir con los estudiantes el programa; la otra, la que proponíamos nosotros, era reunirlos a efectos de informarles del modelo -el Comité Coordinador tendrá avanzado ese modelo-, y exhortarlos a participar en su concreción. Yo sería partidario de hacer un repartido con el acta de la sesión de hoy. Es la mejor forma de ahorrar palabras y de enterar a la gente de lo que Consejeros y docentes han dicho a propósito de esta propuesta.

La tercera moción es del Prof. Rozada. Diría así:

"Aprobar el modelo organizativo del año materno infantil propuesto por la Comisión Coordinadora de dicho año, que consta de cuatro estadías rotativas de cuatro semanas cada una, que se repiten semestralmente".

**SEÑOR PENCO.-** Queremos hacer una moción de orden en el sentido de que se defina en primer lugar si el tema se resuelve hoy.

**SEÑOR DECANO.-** Siendo una moción de orden puede hablar uno a favor y otro en contra.

**SEÑOR PENCO.-** Nosotros ya expresamos nuestros argumentos.

**SEÑOR DECANO.-** Yo voy a explicar los motivos contrarios.

Nosotros hemos trabajado mucho sobre esto. Lamento que no esté presente el Consejero Iglesias, al cual invité a participar por su notorio interés en pediatría, y ya que aprobó el examen hace poco. El Consejero Iglesias actuó con nosotros durante todo el

trámite de este proyecto, en las reuniones con los profesores y coordinadores. Lamentablemente ahora está con licencia, fuera de Montevideo. Hace por lo menos tres semanas que estamos discutiendo esto, y ya llevamos nueve o diez horas de sesión de Consejo a propósito de este tema.

Se va a votar si se difiere una resolución sobre este punto.

*(Se vota)*

—Dos en once: NEGATIVA.

**SEÑOR TOUYA.**- Quería hacer una pregunta.

Si la única discrepancia pendiente es respecto al modelo de los semestroides o de la trenza -conceptualmente estaríamos todos de acuerdo; restarían problemas de detalle-, quizás podría hacerse una experiencia este año en la cual una pareja de clínicas -pediátrica y ginecotológica- que sea más afín a uno de los modelos, lo lleve a la práctica, y que otras hagan lo propio con el otro modelo. A fin de año evaluaríamos los resultados.

**SEÑOR DECANO.**- No me convence eso, porque lo veo como una concesión ante argumentos que no tienen mucho fundamento.

Percibo que nuestra cultura en materia de organización de la asistencia es tan pobre que no se ha valorado lo que significa el modelo propuesto como elemento integrador del sistema. La referencia y contrarreferencia no son palabras vacías sino que tienen un contenido organizativo. No es lo mismo para el profesor Olazábal que un estudiante esté controlando las altas precoces que va a dar, que si lo está controlando hoy, pero dentro de quince días ya no es él, y no se sabe quién será. No es lo mismo que se refiera un niño a un servicio del Hospital Pereira Rossell un día en que ese mismo estudiante se va a encontrar allí, que si no está, sino trabajando en un servicio de ginecotología.

**SEÑOR PENCO.**- Nosotros pensamos proponer, precisamente, que se haga una experiencia piloto con los dos modelos operativos propuestos, y que al año se evalúe los resultados.

**SEÑOR PRADERI.**- Puede ser interesante como estudio comparativo, pero el único problema es que no se ha discutido.

**SEÑOR DECANO.**- Efectivamente, estaríamos votando sin discutir. Yo pediría, entonces, que se reabriera el debate.

Pienso que este modelo de los semestroides se parece tanto al que se aplicó el año pasado, que no creo que haya necesidad de hacer ningún cotejo de evaluación. Esto ya se evaluó, y tuvo sus méritos.

A la gente le cuesta comprender lo que es un proceso -es una pena que se haya enseñado tan mal biofísica-, le cuesta evaluar un fenómeno o un sistema en el tiempo. Todas estas transformaciones educacionales no pueden ejecutarse por decreto; son evolutivas, como las enfermedades y las curaciones. Hay un proceso de daño y de restauración que van a ir más o menos acoplados.

El año pasado vi progresos notorios en el desarrollo del año materno infantil, conducido por el Comité Coordinador a cuyo frente estaba la profesora Gloria Ruocco. Sin embargo vi insuficiencia en el progreso, en cuanto al desaprovechamiento de la oportunidad de hacer una inserción educacional de otro tipo.

Todo esto se comprenderá mejor a la luz de los objetivos del año materno infantil que delineamos en una sesión anterior. Decíamos allí que el programa debe estar unificado; que la enseñanza actual era disociada. Pensamos que se ejecute siempre por el mismo grupo, mientras que antes los grupos eran cambiantes.

Pretendemos la presencia permanente de los estudiantes en la comunidad, y eso lo contraponemos a una presencia temporal, de corto plazo. Ahora se está hablando de una propuesta de cuatro semanas, y otro tanto en el otro semestre, eso no logra una integración ni una inserción que pretendemos que haya en el practicante de familia.

Hablábamos también de asociación intrínseca de la tarea escolar y de la asistencia, es decir, estudio y trabajo. Este proyecto del Comité Coordinador no da inserción en la tarea asistencial porque ello no es posible en las cuatro semanas. Justamente, la experiencia del año pasado -me extraña que ninguno de los estudiantes lo haya dicho- demostró que, cuando los alumnos se adaptaban y encontraban un quehacer, tenían que abandonar la comunidad. Tenemos que conseguir un cambio cualitativo para que la presencia sea permanente, y no circunstancial ni temporaria.

Otra de las bases era contribuir al vínculo integrador -referencia y contrarreferencia de pacientes- entre los sectores del sistema de atención de salud, atendiendo a conformar dicho sistema en todos los aspectos de su estructura y funcionamiento. Lamento que la Dra. Mendoza no nos haya ilustrado sobre esto, porque yo he tenido que defender una tesis de los salubristas, con apoyo de un texto de la autoría del Dr. Carlyle Guerra de Macedo. Esto no es un invento, sino contenidos.

Creo que la propuesta de desarrollar el curso todo a lo largo del año lleva la integración a niveles mucho más altos. Además es importante lo que señalaba el Prof. Olazábal: el proceso educacional proporciona los elementos para mejorar los niveles de atención de la salud. El porcentaje de embarazadas que va a recibir atención perinatal va a aumentar considerablemente. El propio Prof. Peña me señaló el año pasado que si alguna de las cosas que se proponían se hacían, cambiarían los índices de mortalidad infantil. Si se está haciendo una afirmación de ese tipo, ya es para pensarlo dos veces, para entusiasmarse, para ensayar el programa, sobre todo teniendo en cuenta que ya hubo otro que no cambió nada, o que cambió muy poco.

También hablábamos, entre los objetivos, de adjudicación de responsabilidad compartida. Me pregunto qué tipo de responsabilidad se podrá adjudicar, si caduca a las cuatro semanas. En esas condiciones ya no existirá el practicante de familia que nosotros aspiramos crear, y que es una célula operativa, una entidad de aprendizaje y una entidad de vinculación del sistema.

A la vez, planteábamos la existencia de una supervisión docente sobre cada actividad, y una evaluación integral. Creo que estas rotaciones de cuatro semanas arrojarán una evaluación tradicional del estudiante al final de cada una de ellas, pero no



podrán evaluarlo en forma continua por lo que haya trabajado, en tanto no tendrá inserción de trabajo.

Por último, hablábamos de la presencia periódica y sistemática en la comunidad de los docentes habitualmente radicados en el hospital, para permitir integración de programas y planificación conjunta de proyectos de investigación, entre otras cosas. Pienso que eso seguirá estando ausente, porque ese modelo no lo va a permitir.

El año pasado podríamos haber admitido esa posibilidad; este año va a significar hipotecar nuestros planes.

En el transcurso de las discusiones uno se convence o se rectifica. Yo discuto con apasionamiento, pero con apertura a las observaciones válidas; sin embargo esta discusión me ha servido para ratificar mis convicciones. En un comienzo tenía dudas entre el modelo de los semestroides y el de la trenza; hoy en día ya no tengo ninguna duda, sobre todo después de oír las observaciones del profesor Olazábal. Creo que esta es una oportunidad casi única para la Facultad y podemos impulsar este programa con la gente que se comprometerá a hacerlo; yo personalmente he adelantado mi participación activa.

**SEÑOR PENCO.-** Nos expresamos mal en la intervención anterior. Nosotros estamos de acuerdo con que la actividad en la comunidad tiene que hacerse a lo largo de todo el año, y que eso es válido para todos los ciclos de la carrera.

De manera que nuestra propuesta de hacer experiencias paralelas no deja de lado que, aún en el modelo de los semestroides, el trabajo en la comunidad se realice todo a lo largo del curso.

**SEÑOR DECANO.-** La propuesta de ustedes, entonces, es que coexista el modelo organizativo de la trenza con el de los semestroides, a modo de experiencia piloto, involucrando ambas actividades docentes en la comunidad todo a lo largo del ciclo, a fin de evaluar la experiencia al final del año.

Creo que esta propuesta no tiene fundamento doctrinario, y que involucra un significado conceptual muy grande. A estos efectos tendríamos que reabrir el debate, ya que es un planteamiento que tienen defectos fundamentales que desnaturalizan las distintas proposiciones.

Si se opta por el modelo de los semestroides, ya no serán cuarenta semanas sino dieciséis o diecisiete. Eso limita la casuística a la mitad. La posibilidad de ver situaciones relativamente raras dependerá del intervalo de tiempo que estén allí. Como dijo el Prof. Olazábal, hay menos chance de mostrar una casuística más amplia.

En segundo lugar, el estudiante adquiere conocimientos a través de semestres que no son de veinte semanas sino de dieciséis o diecisiete. Eso genera una distorsión, ya que el estudiante verá en pediatría enfermedades típicas del invierno, o del verano, pero no a la recíproca, como ya lo señaláramos. El del semestre es un procedimiento desacreditado.

**SEÑOR PRADERI.-** Si están poco tiempo, de pronto ven el mismo enfermo en la misma cama durante veinte días; pero también malo ver un enfermo en forma salteada, un día sí y otro no.

**SEÑOR DECANO.-** Estoy seguro que esto último se puede arreglar. No se trata de todos los enfermos, sino de algunos, para los cuales es imprescindible volver al día siguiente a verlos.

Otro inconveniente es que los docentes tendrían que repetir el curso semestralmente, y generalmente en la segunda parte del año están más fatigados y más sobrecargados de tarea.

Por otra parte, los estudiantes no pueden actuar como elementos integradores del sistema. Se desconectan, porque tienen actividades sólo en un sector del hospital, y no en los dos.

Por último, cabe señalar que va a resultar insuficiente, como ya señaláramos, el tiempo de seguimiento de situaciones fundamentales como la del embarazo.

**SEÑOR OLAZABAL.-** Efectivamente, el control de la embarazada debe realizarse por lo menos cinco o seis veces.

**SEÑOR GÓMEZ FOSSATI.-** Quiero hacer algunas reflexiones sobre este planteo concreto de los distintos modelos operativos. Coincido con muchos de los argumentos que acaba de plantear el señor Decano, pero otros no me convencen.

Lo que se ha dicho sobre la patología estacional, no es tan cierto, porque felizmente la separación de los semestres no divide las estaciones del año en forma tan tajante; de todas maneras es un factor a tener en cuenta.

Es cierto también lo del menor espectro de patologías que se ve, en particular las más raras, aunque es cuestionable que tengan que ser atendidas muy en profundidad. Con respecto a los procesos fisiológicos o patológicos prolongados, es incontrovertible lo que se ha dicho: la única manera de controlar a una embarazada es estar mucho tiempo en una clínica. De otro modo se pierde el seguimiento individual de la paciente.

No me convence tanto el hecho de que haya que repetir dos veces el curso, porque en definitiva la actividad semanal de la clínica va a tener que repetirse. Todas las clínicas tienen muchas actividades grupales -reuniones de coordinación, ateneos clínicos, anátomo patológicos, etc.-, y si los estudiantes se distribuyen de una manera u otra, hay que repetir las cosas en una semana, a menos que la distribución se alterne en forma más prolongada, lo que tal vez sea una solución mejor.

Podría agregar un argumento adicional: los dos semestres no son iguales, y eso es un hecho notorio. En el segundo semestre siempre hay menor dedicación del estudiante y de los docentes, porque aunque programáticamente la carga de información se reparte a lo largo de todo el año, las necesidades determinan que sobre el final haya un retraso que los estudiantes, a costa de un gran esfuerzo, rescatan en los últimos meses para las pruebas evaluatorias finales.

Otro hecho a favor de esta posición es que los estudiantes se ligan afectivamente más al servicio donde comienzan su ciclo. Cada vez que rotan a mediados de año hay un

mes de inercia en el cual los alumnos siguen concurriendo parte de la mañana allí, en desmedro de las horas que deben dedicar al otro. Esto ocurre tanto por razones afectivas, como por el seguimiento de enfermos que han quedado sin resolver, etc. De todos modos, es un hecho comprobado.

Hay otro argumento a favor: una repartición racional del tiempo para los casos de clínicas que tienen actividad quirúrgica. Durante la coordinación, discusión y ejecución de las operaciones se produce un cierto vacío de apoyo docente; los estudiantes podrían compensarlo y aprovechar mejor su tiempo si se facilitara su concurrencia a la otra clínica, que hace pareja en la conjunción de actividades.

**SEÑOR DECANO.-** Para el ciclo médico quirúrgico yo iba a plantear exactamente eso. Estoy convencido de que es una solución para la integración médico quirúrgica que tanto se ha pedido.

**SEÑOR GÓMEZ FOSSATI.-** Veo esos argumentos a favor. Sin embargo hay otros elementos en contra que considero que también pesan mucho. El mayor de esos argumentos –y lo he discutido en varias oportunidades- es que los estudiantes se pierden un poco en esa rotación y se diluye su responsabilidad. Se desea que haya una integración efectiva al equipo asistencial, como requisito a mi juicio imprescindible para la docencia clínica, inclusive en un plano ético; veo que es muy difícil que esa incorporación se realice con un régimen de rotaciones muy frecuente.

Por último, si bien se ha dicho que la estadía durante todo el año permite un conocimiento de cada uno de los estudiantes, también es cierto que si cada docente tiene dos grupos de alumnos con los cuales debe tomar conocimiento y trabar una cierta relación de amistad, de interacción laboral a lo largo del año, se hace difícil conocerlos a todos. Siempre hay un plazo mínimo para conocer a los estudiantes. En las primeras evaluaciones hay dificultades para conocer el nombre de todos, y si no tenemos una foto junto a la ficha a veces es difícil individualizarlos. Se conoce a los más destacados y brillantes, a los más inquietos, pero no a todo el grupo. De manera que el mayor conocimiento en extensión se ve un poco balanceado con la mayor dificultad o lentitud para adquirir un conocimiento cabal de cada uno de los alumnos.

De manera que, en definitiva, planteados así todos los argumentos en favor y en contra, pienso que si la proposición del señor Decano es laxa y permite ajustes en cuanto a la duración de los períodos de rotación, puede ser compartida; pero no me gustaría una rotación que implicara un vaivén demasiado frecuente. Yo me inclinaría por una alternancia de baja frecuencia, ya que de lo contrario temo que se diluya tanto las responsabilidades de la enseñanza como del aprendizaje, y que en definitiva el proyecto naufrague.

Comprendo que la asistencia a la comunidad tiene que ser permanente, porque de lo contrario fracasaría todo el concepto de practicante de familia, que es apoyable.

**SEÑORA GENTILE.-** Quiero hacer una aclaración. Aparentemente, en sala quedó la sensación de que todos los integrantes del año materno infantil compartíamos la propuesta que hacía el Prof. Rozada. En realidad no es así.

No tenemos ninguna objeción que hacer a la propuesta que se ha denominado como la trenza, pero deseamos que se nos deje un poco de libertad en cuanto a la forma de distribuir las tareas entre ginecología, pediatría y la comunidad. Tenemos que destinar dos días, dos días y dos días a cada una de ellas en el transcurso de una semana impida que los estudiantes se integren a cada uno de los sitios a donde debe ir. Desearíamos no estar tan constreñidos en ese aspecto.

Con respecto a que la actividad en la comunidad se despliegue todo a lo largo del curso, nos parece que es muy importante. Ya hemos vivido experiencias anteriores de trabajo en la periferia durante tres o cuatro semanas, y nos ha quedado la sensación como de haber estafado a la gente; de haberle ofrecido cosas que después no le pudimos dar. Volvimos a tener el mismo sentimiento de culpa que cuando hacíamos extensión universitaria: como si hubiéramos utilizado a la gente. Eso no debe volver a pasar.

**SEÑOR GÓMEZ FOSSATI.-** Si se da mayor laxitud a la propuesta en cuanto a las rotaciones, creo que no hay demasiada contradicción entre lo sustentado por los estudiantes y lo que propone el señor Decano.

**SEÑOR PIGATTO.-** Nosotros reafirmamos que el trabajo en la comunidad debe realizarse todo a lo largo del año. Es algo que compartimos y que vamos a respaldar plenamente.

En cuanto a la duda sobre cuál modelo operativo rendirá mejores beneficios para el aprendizaje y para la ejecución de la docencia, tanto en la clínica como en la comunidad, no tenemos experiencia previa ni suficientes elementos de juicio como para pronunciarnos. A medida que avanza la discusión nos damos cuenta de que el modelo que se elija no puede ser rígido. Lo que acaba de expresar la profesora Gentile, por lo menos en lo personal, clarifica mucho las posiciones en ese sentido. Pensamos que una estancia de dos días en cada uno de los lugares no permitirá al estudiante insertarse en el sitio donde va a ir a aprender. Si la rotación es demasiado frecuente los docentes no van a conocer a los estudiantes y éstos no sólo no podrán entrar en contacto con aquéllos, sino que tampoco sabrán cómo funciona una clínica, cómo insertarse en los mecanismos de aprendizaje.

Consideramos que un sistema de rotaciones muy frecuentes puede diluir las responsabilidades de docentes y de estudiantes, y dificultar la inserción en el quehacer diario de la clínica. Como contrapartida, el docente dará clases no a un estudiante conocido, sino a quien esté de paso, sin establecer ese vínculo afectivo que entendemos fundamental para la transmisión del conocimiento. Nadie puede enseñar realmente a alguien que no conozca, de quien no sepa sus mínimas inquietudes. Podrá, sí, repetir conocimientos adquiridos previamente en un libro, pero un buen docente, aquel que hace que el estudiante incorpore los conceptos que está transmitiendo, utiliza otros elementos de vínculo.

Nuestra propuesta de alternativa no es para resolver hoy, pero creemos que debe estudiarse y madurarse por parte de todos los órdenes de la Facultad. No podemos decretar desde el Consejo cómo deben hacerse los cursos. Debemos confesar que no tenemos experiencia previa y por eso preferimos una tentativa, una experiencia piloto

que desde nuestro punto de vista es válida, que científicamente también lo es, para evaluar los frutos a fin de año.

**SEÑOR OLAZABAL.-** Hay una especie de mística en cuanto a que los cambios en la docencia van a propiciar cambios en la asistencia. También en el concepto de mística debe incluirse el convencimiento de todo el grupo que va a actuar, tanto de docentes como estudiantes. Todos tenemos que "ponernos la camiseta" de este programa por el cual estamos luchando.

No comprendo por qué los estudiantes dicen que no van a poder integrarse a la clínica. La integración siempre surgió, en todos los tiempos, del deseo de los estudiantes por ir a trabajar allí. Si se produce esa corriente de pensamiento del estudiante hacia el docente y viceversa, con un amplio sentido de generosidad y de amistad, la integración en el trabajo será posible; de lo contrario, no.

**SEÑOR PRADERI.-** La condición sine qua non es que el estudiante esté "a muerte", sin paros, sin días de lluvia, sin resfríos. Es habitual que falten por esos motivos.

**SEÑOR PIGATTO.-** Con respecto a lo que dice el Prof. Olazábal, nunca dijimos que el cien por ciento de la responsabilidad de la integración de un estudiante a la clínica sea de los docentes. Asumimos que los estudiantes tenemos una responsabilidad muy alta, y coincidimos en que la real integración se produce cuando ese alumno, como persona, trabaja realmente en el sitio.

**SEÑOR OLAZABAL.-** Creo que el estudiante debe sentir la necesidad biológica del aprendizaje. Así como tenemos necesidad de comer o de respirar, debe sentirse también la necesidad de ir al hospital, de ir a las dos de la tarde si no se pudo hacer un tacto por la mañana, o bien al otro día a las seis y media o a las siete para completar una historia clínica; de otro modo, nunca aprenderá nada.

Comprendo lo que dice el delegado estudiantil. Dada la situación actual del país, la crisis económica que ha obligado al multiempleo, hay docentes que no cumplen totalmente con sus obligaciones. Si se tienen muchos empleos, el más fácil de faltar o de dejar es el de la Facultad. Lamentablemente es así. De todos modos, en la medida en que el estudiante vaya a la clínica y trabaje, se integra.

**SEÑOR DECANO.-** Léase el proyecto de resolución, tal como quedaría redactado.

*(Se lee:)*

“En relación con la discusión del tema: "Modificaciones programáticas en los diversos ciclos de la carrera para el próximo año escolar", el Consejo resuelve:

1º) Aprobar los objetivos, bases fundamentales, modelo organizativo y operacional del año materno infantil con actividades interconectadas en clínica pediátrica, ginecotológica y en comunidad -que incluye la actividad de los "practicantes de familia"-, así como los criterios generales de evaluación continua e integral de los estudiantes y del proceso educacional, según la propuesta y los documentos presentados por el Decano.

2º) Dejar constancia de que el Consejo estará abierto hasta el 24 de febrero de 1989 para considerar ajustes al proyecto, en función de las condiciones de factibilidad.

3º) Recomendar a todos los profesores titulares vinculados a dicho año materno infantil, así como al Departamento de Educación Médica, la mayor atención al seguimiento del desarrollo de dicho programa educacional".

-Se va a votar en general el proyecto.

*(Se vota)*

-Ocho en once: AFIRMATIVA.

-Se va a votar el inciso 1º.

*(Se vota)*

-Ocho en once: AFIRMATIVA.

-Se va a votar el inciso 2º.

*(Se vota)*

-Once en once: AFIRMATIVA. Unanimidad.

-Se va a votar el inciso 3º.

*(Se vota)*

-Nueve en once: AFIRMATIVA.

**SEÑORITA ALIA.**- Con respecto a mi primera propuesta, estaría comprendida en el inciso 2º que se acaba de votar. Respecto a la convocatoria a los estudiantes para deliberar sobre el tema también habría quedado sin efecto. Nosotros deseábamos discutir con ellos y opinar antes de resolver en la forma en que lo acaba de hacer el Consejo.

**SEÑOR DECANO.**- Léase la propuesta, tal como quedaría redactada.

*(Se lee:)*

“4º) Convocar a los estudiantes del próximo año materno infantil para el 24.2.89 para que, con presencia de todos los profesores titulares del año materno infantil, la coordinación del mismo y el Decano, se informen sobre la resolución adoptada y exhortarlos a participar activamente en su concreción”.

-Se va a votar la propuesta leída.

*(Se vota)*

-Nueve en once: AFIRMATIVA.

La moción del profesor Rozada habría quedado excluida con la votación anterior, de todos modos se va a votar.

*(Se vota)*

-Uno en once: NEGATIVA.

Se va a votar la moción del Consejero Penco en el sentido de que por este año, a modo de experiencia piloto, coexistan los dos modelos operativos propuestos.

*(Se vota)*

-Dos en once: NEGATIVA.

Se va a votar si se continúa tratando estos temas en una sesión extraordinaria a realizarse el próximo 11 de enero de 1989, a la hora 8.

*(Se vota)*

--Once en once: AFIRMATIVA. Unanimidad.

(Resolución N° 4)

-----