

Formación de los Recursos Humanos de la Salud y el proceso de descentralización de la UDELAR

**Soc. Sergio Nuñez
Lic. Ana Larrosa
Mag. Ana Oviedo
Lic. Carlos Valli
Mag. Sandra García**

División Evaluación y Monitoreo del Personal de Salud (DEMPESA)

JUNASA/MSP

Montevideo, noviembre 2019

Contenido	Pág.
I. Introducción	4
II. Metodología	4
III. Proceso de descentralización de la UDELAR	5
IV. Descentralización y distribución de recursos humanos en salud	6
V.1. Ingresos al área de la salud	8
V.2. Egresos del área de la salud	12
V.3. Lugar de residencia de profesionales de la salud.....	17
VI.2. Licenciado en Enfermería. Facultad de Enfermería	20
VI.3. Doctor en Odontología. Facultad de Odontología	22
VI.4. Licenciado en Psicología. Facultad de Psicología	23
VI.5. Licenciada/o en Nutrición. Escuela de Nutrición	24
VII. Formación y cambio del modelo de atención	26
VII.1. La reforma sanitaria	26
VII.2. El cambio del modelo de atención	27
VII.3. La APS renovada	27
VII.4. El Primer Nivel de Atención.....	28
VII.5. Equipo de Salud del Primer de Atención (ESPNA).....	28
VII.6. Promoción de la Salud.....	29
VII.7. Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)	29
VII.8. La formación de los RHS alineada al cambio de modelo	30
Cambios curriculares alineados al cambio de modelo de atención.....	31
VIII. Reflexiones finales.....	34
Bibliografía	36
Anexos	38
Anexo 1. Cuadros resumen de ofertas educativas del área de la salud.....	39
Anexo 2. Entrevistas	41

Resumen

En este documento se sistematiza y analiza el proceso de formación de los recursos humanos de nivel terciario universitario de la Universidad de la República (UDELAR).

Se pone énfasis en la formación terciaria universitaria pública y los cambios curriculares de algunas carreras del sector, como forma de analizar su adecuación a las nuevas exigencias del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), también se incorporan aspectos vinculados a la descentralización de la UDELAR y su relación con la distribución de carreras asociadas a la salud en el territorio.

***Lenguaje inclusivo:** en la redacción de este documento se buscó utilizar un lenguaje inclusivo, evitando al mismo tiempo la recarga en la lectura por un uso excesivo de a/o, as/os, las/los. En este sentido se optó por la utilización de términos neutros cuando sea posible, y el uso del femenino o el masculino alternativamente o en conjunto.*

También es importante aclarar que el uso de terminologías como son: aprobación, nivel de calificación u otros términos que refieren a procesos evaluativos en sí, son utilizados meramente como forma de ordenar y dar sentido a la redacción, ya que en el contexto que se desarrolló el Seminario, se optó y se adoptó una modalidad de evaluación que se conceptualizó como monitoreo.

También se usaran los términos “área de la salud” y “ciencias de la salud” de forma indistinta para referirnos a las carreras que forman recursos humanos en salud.

I. Introducción

El SNIS, instaurado en Uruguay en el año 2007, planteó entre otras cosas el desafío de formar profesionales preparados para enfrentar los actuales problemas de salud y resolverlos de forma adecuada. En este contexto, las instituciones formadoras de recursos humanos, públicas y privadas, se han embarcado en el cambio de sus planes de estudios con la finalidad de reorientar y adecuar sus procesos educativos a esta nueva realidad. Estos cambios intentaron superar los problemas respecto a la disociación existente entre las instituciones formadoras y las nuevas exigencias del SNIS, con respecto al ritmo de formación de los profesionales y al propio concepto del perfil académico del profesional.

Este documento tiene como objetivo sistematizar y analizar el proceso de formación de los recursos humanos de nivel terciario universitario del sector público, poniendo especial énfasis en los currículos universitarios y los cambios que se han implementado en el seno de la UDELAR. También se incorporan aspectos vinculados a la descentralización de la UDELAR y el vínculo que este proceso ha tenido en la formación y su relación con la distribución de carreras asociadas a la salud en el territorio.

El área de la salud engloba aquellas carreras que por definición la UDELAR las agrupa como tal: Fac. de Medicina, Fac. de Odontología, Fac. de Enfermería y Fac. de Psicología, la Escuela de Tecnología Odontológico (ETO) dependiente de la Fac. de Odontología, la Escuela de Parteras (EUP) y la Escuela de Tecnología Médica (ETM) dependientes de la Fac. de Medicina y la Escuela de Nutrición y Dietética (EUND), y el Instituto de Educación Superior de Educación Física (ISEF) (Ver en Anexo 1. Cuadro resumen de oferta educativa de carreras de grado de la UDELAR).

II. Metodología

El informe tiene un diseño cualitativo, en el cual se incorporan tramos descriptivos y de interpretación de datos. Básicamente, constituye una revisión bibliográfica de la temática planteada, a través del análisis documental de algunos planes de estudios de carreras que componen el área de la salud, aquellas que a nuestro entender, han acompasado los cambios del modelo de atención propuestos por la reforma de la salud.

Este análisis cualitativo se complementa con el análisis de información proveniente de fuentes de datos primarias como el Sistema de Habilitación y Registro de Profesionales de la Salud (SHARPS) y fuentes secundarias como las Estadísticas Básicas de la UDELAR y los Anuarios Estadísticos del Ministerio de Educación y Cultura (MEC). Y como se dijo al principio el foco del análisis recae en el sub-sector público de formación de nivel universitario, ya que más de 9 de cada 10 RHS que se forman por año proviene de la UDELAR.

Se incluye además, información de entrevistas semi-estructuradas realizadas a actores claves, como son los decanos de algunos servicios del área de la salud. Se realizaron tres entrevistas a los decanos de la Facultad de Medicina, Odontología y Enfermería de la UDELAR. La selección de estos tres informantes claves respondió en primer lugar, al rol institucional que hoy ocupan, en segundo lugar, se entendió que son algunas de las instituciones que han incorporado cambios

III. Proceso de descentralización de la UDELAR

Los recursos humanos en salud en el Uruguay están concentrados en Montevideo que es el departamento con mayor densidad poblacional, con mayores oportunidades laborales y que supuso históricamente la concentración de la oferta educativa existente y la mayor cantidad de centros de formación universitaria. Este comportamiento responde, de cierta forma, a la propia estructura poblacional y geográfica del país, en lo que tiene que ver particularmente con la oferta pública, en Montevideo, en comparación con los departamentos del Interior.

Como una respuesta a este fenómeno, la Universidad viene trabajando en su descentralización, generando mayor oferta educativa de nivel terciario en el Interior del país mediante diversas estrategias desplegadas en distintos departamentos. Este proceso ha tenido como marco la reforma emprendida por la UDELAR, que ha supuesto la creación de nuevas sedes y carreras universitarias en distintas regiones del país y la articulación con otras instituciones para la provisión de servicios.

La Licenciada Mercedes Pérez, Decana de la Facultad de Enfermería, reconoce que el proceso de descentralización de la Facultad fue reafirmado por UDELAR, y lo expresa así: *“La descentralización tuvo un poco de todo, pero el mayor impulso de descentralización estuvo dado por la política de descentralización de la Universidad, le dio más forma a lo que se venía haciendo.”*

La UDELAR inició en el año 2007 un proceso de ampliación territorial de la oferta de educación superior que supuso la creación y fortalecimiento de las sedes universitarias regionales y de su oferta académica, como una línea de trabajo tendiente a profundizar el proceso de descentralización.

El objetivo principal de esta política de descentralización consiste en democratizar el acceso a la UDELAR en términos de las inequidades regionales y sociales que supuso históricamente la concentración de la oferta educativa en Montevideo. El proceso de expansión y diversificación de la oferta terciaria en el Interior, con un fuerte protagonismo de la UDELAR, constituye un cambio fundamental en la estructura de oportunidades educativas de la población que vive en el Interior.

La política de descentralización territorial de la oferta educativa, a través de la creación de los Centros Universitarios Regionales (CENUR), impulsó la ampliación y fortalecimiento de un conjunto de sedes universitarias en distintas regiones del Interior, en articulación con otras instituciones regionales.

De acuerdo a lo manifestado por Mercedes Pérez, la creación de los centros regionales tiene beneficios para la oferta educativa de Facultad de Enfermería en el Interior, en los aspectos administrativos y en la generación de un clima universitario, y lo manifiesta así: *“(...) Hay otros docentes de otras áreas, con otros conocimientos, que intercambian entre ellos y con estudiantes, se genera un clima de formación universitaria (...)ha descomprimido toda la tarea que implicaba, que había que ir con las actas de Montevideo para el Interior, mandarlas por correo, mandarlas por fax (...)ahora las bedelías son allá, los estudiantes se anotan, hacen sus trámites allá(...)”* Para el Dr. Miguel Martínez, Decano de Facultad de Medicina, el proceso de descentralización implicó un esfuerzo de negociación para trabajar en conjunto: *“El avance que se hizo fue que desde acá, entendiera que Montevideo no puede ser la única oferta educativa, y*

que allá entendieran que lo mejor no era cortar, sino aprovechar la experiencia de 100 años de la Facultad de Medicina.”

En los últimos años hubo una evolución importante de la presencia de UDELAR en el interior del país. De acuerdo a un informe de Presidencia de la República de junio de 2019, unas 20.000 personas estudian en el Interior del país, lo que representa el 16 % del total de la matrícula nacional, mientras que hace 15 años solo lo hacía el 4 %.¹

Este crecimiento de la matrícula se corresponde con una mayor presencia en el Interior, inversión en infraestructura y un incremento de la cantidad de carreras que se dictan en esas sedes.

El Decano de Facultad de Medicina expresa sobre descentralización y oferta educativa lo siguiente: *“Hace tiempo que estamos justamente trabajando en los planes de estudio para poder acercar lo más posible al tema justamente de las necesidades, tomando el país en su conjunto y no solo tomado Montevideo, (...) estamos en pleno empuje de abrir en Salto y Paysandú una carrera completa de medicina, esa es la aspiración que tenemos y luego estamos trabajando en las diferentes ofertas educativas que existen a nivel del Interior del país(...)”*

En 2014 y 2015 se crearon dos CENUR, el del litoral norte, que gestiona dos sedes, una en Salto y otra en Paysandú, y dos casas en Artigas y Fray Bentos, y el CENUR Este (CURE), que coordina las sedes de Maldonado, Rocha, la casa de Treinta y Tres y Lavalleja. Posteriormente se crea también el CENUR del noreste, que incluye las sedes de Tacuarembó y Rivera y la casa de Melo.

Hoy son más de 80 carreras completas, cuatro carreras de posgrado y seis ciclos iniciales optativos en departamentos como Rocha, Maldonado, Treinta y Tres, Cerro Largo, Rivera, Tacuarembó, Salto, Paysandú, Artigas y Río Negro.²

Del total de la oferta provista actualmente en las sedes del Interior, son 19 las carreras propias de cada región, es decir, que solo se dictan allí y que generaron cargos docentes de alta dedicación, a los que se sumarán otros como resultado de nuevos llamados. En paralelo, se promovió la generación del Programa Regional de Enseñanza Terciaria Pública, a partir de la valoración de la Universidad sobre cada región y la definición respecto a las temáticas por impulsar.

IV. Descentralización y distribución de recursos humanos en salud

Partiendo del supuesto que la descentralización de la educación universitaria es una variable que influye en la forma que se redistribuyen los recursos humanos de la salud (RHS), se presentará a continuación la oferta educativa dentro del área de la salud en el Interior del país.

Disponer de carreras educativas de nivel superior en todo el territorio puede ser entendido como un mecanismo de incentivo que influye positivamente para que las personas permanezcan en esa misma localidad cuando terminan sus estudios. Dentro de esta situación hipotética, se conjugan una multiplicidad de otras circunstancias no menos relevantes, como las relacionadas con el mercado de trabajo.

¹ Extraído de: <https://www.presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/educacion-universidad-interior-matricula-estudiantes-descentralizacion-colina-26-06-2019>

²Extraído de: <https://www.presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/educacion-marcel-achkar-universidad-udelar-egreso-niveles-superiores-interior-Montevideo>

Concebir la dimensión educativa como adjunta al proceso de incentivo de radicación de RHS a una zona específica, conlleva a visualizar la salud de la población y la educación como un sistema único. El desequilibrio entre la oferta y la demanda de RHS debería ser resuelto a partir de un equilibrio entre las necesidades de la población, la demanda del sistema de salud de profesionales calificados y la provisión de los mismos por parte del sistema educativo.

En este escenario de tipo ideal, la relación dentro del proceso de formación de RHS debería seguir una línea de secuencias lógica: por lo general las instituciones educativas suelen definir dónde, cuántos y qué tipo de profesionales deben ser capacitados; dentro de un contexto perfecto dichas medidas deberían tomarse o realizarse en respuesta a las señales del mercado de trabajo, generadas por las instituciones de la salud, que a su vez deberían responder adecuadamente a las necesidades de la población.

Sin embargo, la realidad muestra desequilibrios, tales como una oferta insuficiente y limitada, o bien sobre-oferta de trabajadores. Para solucionar estos desequilibrios es necesario aumentar la coordinación entre el sistema educativo y los requisitos del sistema de salud. También es fundamental entender que este accionar no significa que las instituciones educativas se pongan como subordinadas del sistema de salud, pues entender este punto evitaría la confrontación y la tensión entre ambas esferas, depurando así algunos aspectos que obstaculizarían el proceso de gestión y descentralización de algunas carreras dentro del área de la salud³.

En términos generales, en otros países sucede algo similar, las instituciones formadoras de RHS no están alineadas ni con la carga de enfermedades, ni con las exigencias de los sistemas de salud⁴. Por lo tanto, no solo es necesario ampliar la disponibilidad de RHS, sino también mejorar las ofertas educativas a nivel nacional.

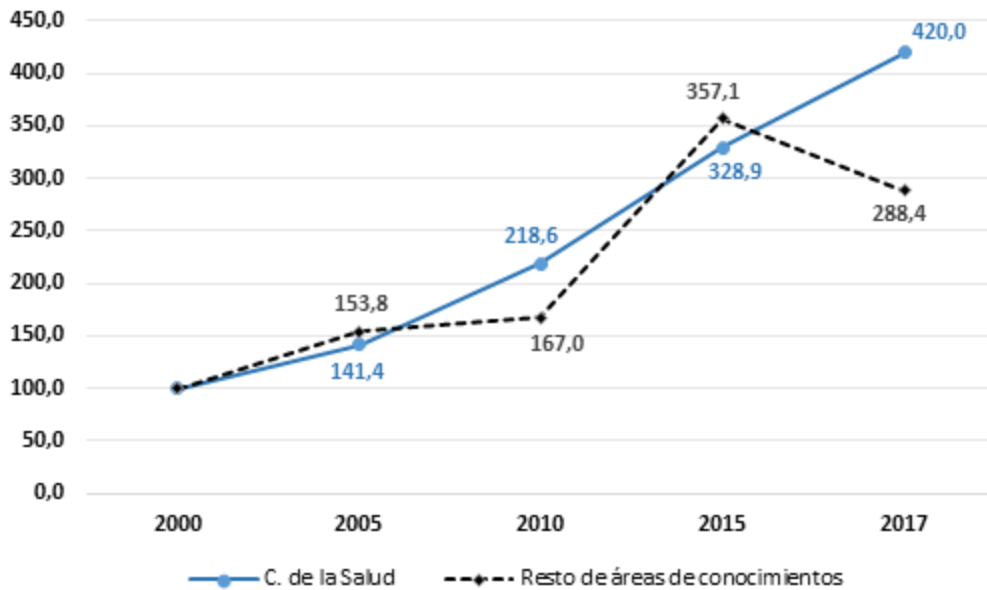
³ Extraído de: Ministerio de Salud Pública (2012) “Distribución de los RRHH en salud en el Uruguay”. pág. 17. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/distribucion-de-los-recursos-humanos-en-salud-en-el-uruguay>

⁴ Ídem. 5 Pág. 18

V.1. Ingresos al área de la salud

En los últimos años el ingreso a carreras del área de la salud en el interior del país ha venido aumentando paulatinamente.

**Gráfico 1. Evolución de los ingresos en el interior del país a carreras. Carreras del área de la salud. y resto de áreas de conocimiento.
Índice Base 100 = Año 2000**

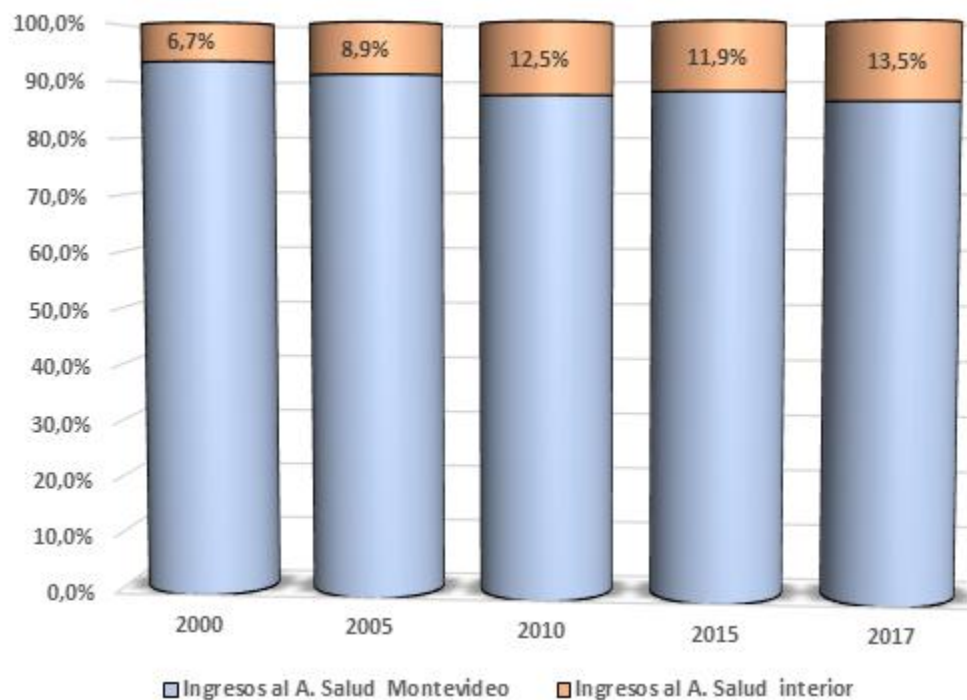


Fuente: Elaboración propia. Datos Estadísticas Básicas de la UDELAR

El gráfico muestra la evolución de los ingresos a carreras del área de la salud de la UDELAR en el interior del país⁵ y se observa que los ingresos han venido en aumento a lo largo del período analizado. El gráfico también muestra la evolución de los ingresos al resto de las áreas de conocimiento. Para estas áreas la evolución fue más fluctuante que la registrada para el área de la salud (Gráfico 1).

⁵ EUTM (Paysandú); E. U. de Parteras (Paysandú); ISEF (Paysandú); Lic. Psicología (Paysandú); Lic. Enfermería (Salto); Lic. Psicología (Salto); Odontología (Salto); Lic. Enfermería (Rivera); ISEF (Rivera); ISEF (Maldonado); Lic. Enfermería (Rocha); Nutrición - T.O.A. (Tacuarembó)

Gráfico 2. Peso relativo de los ingresos a carreras del Á. de la Salud en el Interior del país



Fuente: Elaboración propia. Datos Estadísticas Básicas de la UDELAR

En el año 2000 los ingresos al área de la salud en el interior representaban el 6,7%, para el 2010 ese porcentaje casi se duplica y en 2017 los ingresos representaron el 13,5% (Gráfico 2).

Si comparamos el peso que han tenido los ingresos en el Interior, según área de conocimiento, se observa que son las ciencias de la salud, las que en términos relativos, presentan una mayor proporción de ingresos (Tabla 1).

Tabla 1. Ingresos al interior según área de conocimiento

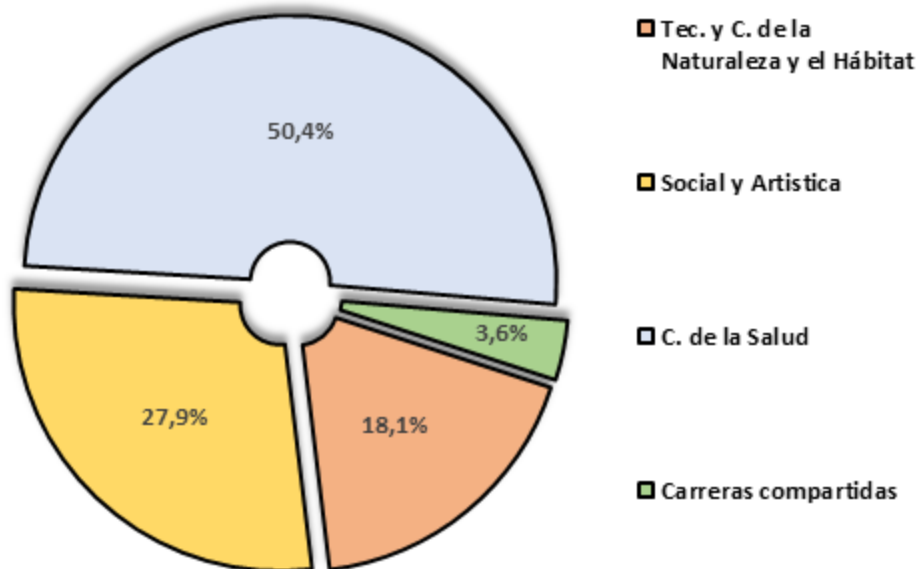
ÁREAS DE CONOCIMIENTO	2000	2005	2010	2015	2017
TECNOLOGÍAS y CIENCIAS de la NATURALEZA y el HÁBITAT	16,8%	16,5%	18,0%	21,1%	18,0%
SOCIAL y ARTÍSTICA	35,2%	37,6%	27,3%	20,2%	19,1%
CIENCIAS DE LA SALUD ⁶	48,0%	45,9%	54,7%	46,0%	57,4%
COMPARTIDAS	0,0%	0,0%	0,0%	12,7%	5,5%
TOTAL INTERIOR	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia. Datos Estadísticas Básicas de la UDELAR

⁶ EUTM (Paysandú); E. U. de Parteras (Paysandú); ISEF (Paysandú); Lic. Psicología (Paysandú); Lic. Enfermería (Salto); Lic. Psicología (Salto); Odontología (Salto); Lic. Enfermería (Rivera); ISEF (Rivera); ISEF (Maldonado); Lic. Enfermería (Rocha); Nutrición - T.O.A. (Tacuarembó)

Los ingresos al interior estuvieron fuertemente marcados por las carreras del área de la salud, como se muestra en el Gráfico 3 más del 50% de los ingresos producidos en el Interior del país, en estos años, corresponden a alguna carrera que compone el área de la salud.

Gráfico 3. Peso relativo de los ingresos al interior según área de conocimiento – ingresos totales de los años analizados



Fuente: Elaboración propia. Datos Estadísticas Básicas de la UDELAR

El proceso de descentralización de las ciencias de la salud se inicia en Paysandú a fines de la década de los 60 e inicios de los 70 con la creación del Centro Universitario de Paysandú (CUP). El CUP fue “fundado en 1969 como Casa de la Universidad por iniciativa de egresados locales y docentes de la Estación Experimental “Mario A. Cassinoni” (EEMAC). Se creó como centro de extensión con el cometido principal de difundir al medio actividades culturales y acercar la Universidad a la población del interior, ya para fines de la década de los 70 comienza a funcionar la Escuela de Tecnología Médica”⁷ (Ver en Anexo 2. Cuadro resumen de oferta educativa del área de la salud de carreras de grado de la UDELAR en el Interior del país).

En 1997, en la Sede Universitaria de Salto (CUS) se comienza a dictar la Licenciatura en enfermería, que también ha significado un importante progreso en materia de descentralización de los RHS.

⁷ Extraído de: <http://www.cup.edu.uy/index.php/institucional/historia.html>

Como se muestra en la Tabla 2, es justamente en estos centros donde se registran ingresos en el Interior del país en todos los años analizados.

Tabla 2. Peso relativo de los ingresos al área de la salud en el interior del país según sede

Ingresos Área Salud	2000	2005	2010	2015	2017	Total
<i>EUTM (Paysandú)</i>	29,3%	36,5%	22,5%	32,8%	18,0%	24,8%
<i>E. U. de Parteras (Paysandú)</i>	32,1%	33,7%	13,7%	9,0%	4,7%	11,7%
ISEF (Paysandú)	0,0%	0,0%	17,1%	3,4%	16,7%	10,6%
Lic. Psicología (Paysandú)	0,0%	0,0%	0,0%	2,8%	1,7%	1,5%
<i>Lic. Enfermería (Salto)</i>	38,6%	29,8%	22,2%	10,0%	7,2%	14,3%
Lic. Psicología (Salto)	0,0%	0,0%	0,0%	8,5%	4,7%	4,3%
Odontología (Salto)	0,0%	0,0%	0,0%	2,9%	2,7%	2,0%
Lic. Enfermería (Rivera)	0,0%	0,0%	6,8%	0,4%	0,1%	1,0%
ISEF (Rivera)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	10,2%	4,7%
ISEF (Maldonado)	0,0%	0,0%	17,6%	21,2%	23,8%	18,4%
Lic. Enfermería (Rocha)	0,0%	0,0%	0,0%	6,1%	9,3%	5,8%
Nutrición - T.O.A. (Tacuarembó)	0,0%	0,0%	0,0%	2,7%	1,0%	1,1%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia. Datos Estadísticas Básicas de la UDELAR

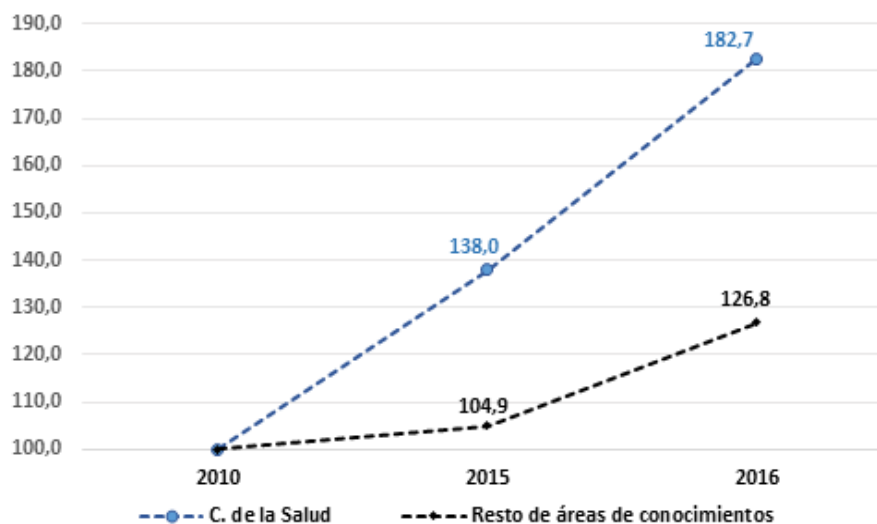
La sede más importante en materia de ingresos es Paysandú en la EUTM, al cual se deben sumar los ingresos a la Escuela de Parteras (título obstetra-partera de carácter binacional), los ingresos al ISEF (título Licenciado en Educación Física), y los ingresos a la carrera de licenciados en Psicología, estas instituciones y carreras en el año 2017 concentraron el 39,4% de los ingresos.

No obstante, si se deja por fuera del análisis los ingresos al ISEF, que no aportan profesionales para los servicios de salud que componen el SNIS, este porcentaje se reduce a un 22,7%.

V.2. Egresos del área de la salud⁸

Al igual que para los ingresos, los egresos del interior del país de carreras del área de la salud han venido en aumento y como se visualiza en el Gráfico 4, han crecido en mayor ritmo que el resto de las áreas.

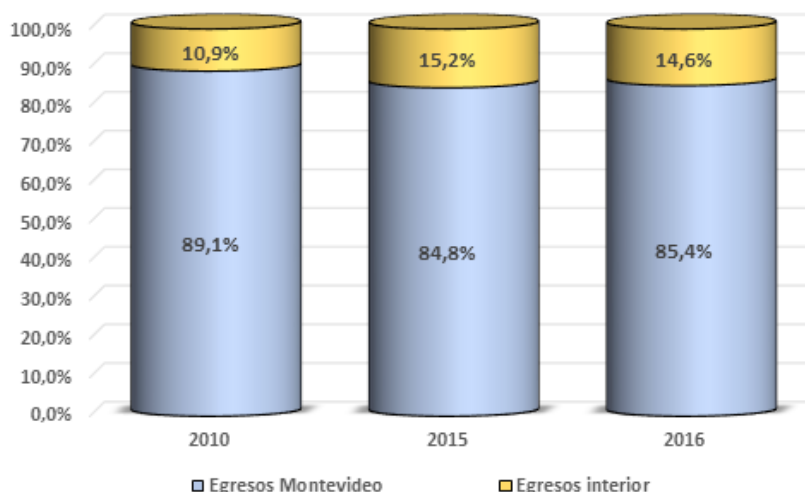
Gráfico 4. Evolución de los egresos del interior del país. Carreras del área de la salud y resto de áreas de conocimiento.



Fuente: Elaboración propia. Datos Estadísticas Básicas de la UDELAR

En el año 2010, uno de cada diez egresos se produjo en el Interior del país⁹, en el 2015 este porcentaje se eleva al 15,2% y en el 2016 representaron el 14,6% (Gráfico 5).

Gráfico 5. Peso relativo de los egresos de carreras del Á. de la Salud en el Interior del país



Fuente: Elaboración propia. Datos Estadísticas Básicas de la UDELAR

⁸ Por una disponibilidad de datos desagregados para años anteriores, la información presentada para los egresos se presenta para los años 2010, 2015 y 2016.

⁹ Dr. en Medicina (Paysandú); EUTM (Paysandú); E. U. de Parteras (Paysandú); ISEF (Paysandú); Lic. Psicología (Paysandú); Lic. Enfermería (Salto); Dr. en Medicina (Salto); Asistente en Odontología (Salto); Higienista en odontología (Salto); Lic. Psicología (Salto); Lic. Enfermería (Rivera); ISEF (Rivera); Asistente en Odontología (Rivera); Higienista en odontología (Rivera); Lic. Enfermería (Rocha); ISEF (Maldonado); Nutrición - T.O.A. (Tacuarembó)

El área de conocimiento ciencias de la salud es el que muestra mayores proporciones de egresados en el Interior del país. En el año 2000, los egresos representaron el 68,6% de todos los egresos de la UDELAR, mientras que en el 2010 se mantiene casi la misma tendencia y en el 2016 disminuye dicha proporción al 62,3% (Tabla 3).

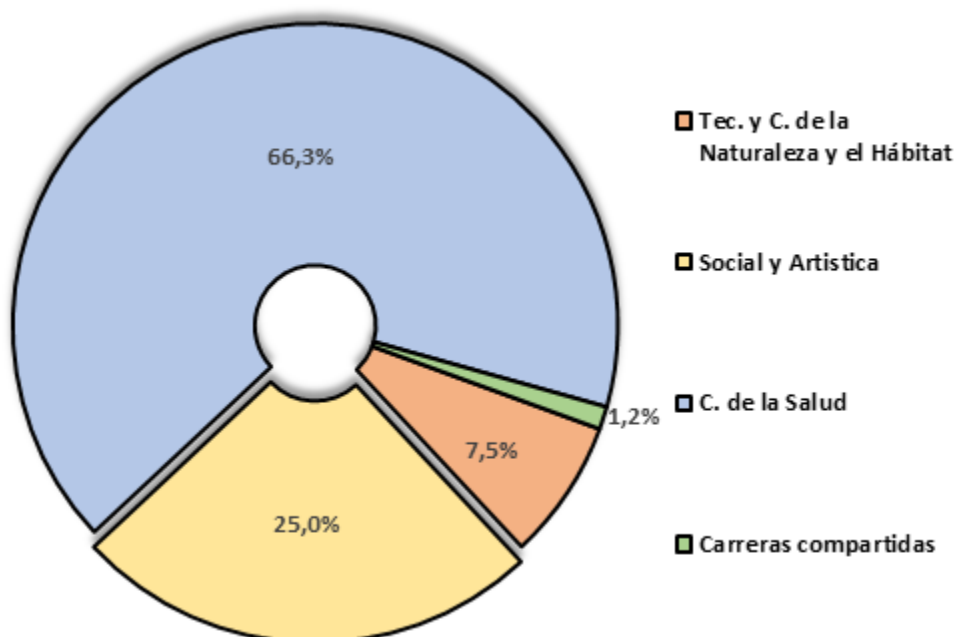
Tabla 3. Egresos del interior del país según área de conocimiento

ÁREA DE CONOCIMIENTO	2000	2010	2016
TECNOLOGÍAS y CIENCIAS de la NATURALEZA y el HÁBITAT	0,0%	6,3%	16,2%
SOCIAL y ARTÍSTICA	31,4%	23,7%	19,8%
CIENCIAS DE LA SALUD	68,6%	68,0%	62,3%
COMPARTIDAS	0,0%	1,9%	1,7%
TOTAL INTERIOR	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia. Datos Estadísticas Básicas de la UDELAR

Semejante a lo que paso con los ingresos, los egresos del interior están muy marcados por las carreras del área de la salud. Por cada 10 egresos que se producen en el interior, casi 7 son provenientes de alguna carrera de la salud representando un 66,3% (Gráfico 6).

Gráfico 6. Peso relativo de los egresos del interior según área de conocimiento – Egresos totales de los años analizados



Fuente: Elaboración propia. Datos Estadísticas Básicas de la UDELAR

En promedio, más de la mitad de los egresos son producidos en el departamento de Paysandú 52,2% y otros 2 de cada 10 estudiantes que egresan del Interior lo hacen desde la sede de Salto, en su mayoría corresponden a la licenciatura en enfermería.

Nuevamente, cabe mencionar que 2 de cada 10 egresos producidos en la sede de Paysandú son del ISEF, que como se mencionara anteriormente no tienen una inserción directa a las instituciones y servicios que integran el SNIS.

Tabla 4. Peso relativo de los egresos del área de la salud en el interior del país según sede

Egresos Área Salud	2010	2015	2016	Total
Dr. en Medicina (Paysandú)	0,0%	1,0%	0,9%	0,7%
EUTM (Paysandú)	22,8%	16,3%	22,0%	20,4%
E. U. de Parteras (Paysandú)	16,9%	5,9%	7,3%	10,1%
ISEF (Paysandú)	23,8%	22,9%	15,6%	20,8%
Lic. Psicología (Paysandú)	0,0%	0,3%	0,6%	0,3%
Lic. Enfermería (Salto)	30,7%	10,8%	9,5%	17,0%
Dr. en Medicina (Salto)	0,0%	0,7%	0,9%	0,5%
Asistente en Odontología (Salto)	0,0%	0,0%	2,1%	0,7%
Higienista en odontología (Salto)	0,0%	0,0%	3,1%	1,0%
Lic. Psicología (Salto)	0,5%	0,7%	0,3%	0,5%
Lic. Enfermería (Rivera)	0,0%	9,4%	5,2%	4,9%
ISEF (Rivera)	0,0%	1,4%	4,0%	1,8%
Asistente en Odontología (Rivera)	0,0%	1,7%	0,3%	0,7%
Higienista en odontología (Rivera)	0,0%	0,0%	1,2%	0,4%
Lic. Enfermería (Rocha)	0,0%	1,4%	4,0%	1,8%
ISEF (Maldonado)	5,3%	22,6%	19,0%	15,6%
Nutrición - T.O.A. (Tacuarembó)	0,0%	4,9%	4,0%	2,9%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia. Datos Estadísticas Básicas de la UDELAR

Como se dice ut supra, los egresos de la sede de Salto son en su casi totalidad de la Facultad de Enfermería, del 19,8% de los egreso registrados en esos tres años, un 17% corresponde a la licenciatura en enfermería, lo que en cierta medida es básico para una mejora en la distribución de estos RHS en el territorio. Mercedes Pérez, Decana de la Facultad de Enfermería, lo confirma cuando dice que los egresos de esta sede han hecho que en el departamento de Salto exista hoy por hoy una oferta considerable de licenciadas y que esto tiene repercusión directa en el mercado de trabajo que terminan absorbiendo profesionales sobre-calificados. Textualmente lo expresa diciendo: *“(...) En Salto tenemos la carrera completa hace 25 años, se ha desarrollado regularmente siempre, siempre ha habido egresados y la cuestión es que ahora tenemos por ejemplo que, de un llamado que hubo para auxiliares de enfermería para un CTI y una emergencia, se anotaron todos licenciados en enfermería, no se presentaron auxiliares. Entonces el fenómeno es que en Salto está habiendo desocupación de Licenciados en Enfermería (...) si uno mira los estándares el número de egresados en relación a la población o en relación al número de médicos que son los dos estándares que más se usan, siempre da un déficit importantísimo. Pero cuando uno empieza a profundizar un poco encuentra que hay muchos licenciados que no están ocupando cargos de licenciados, sino de auxiliares de enfermería y que está distribuido de una forma bastante diferente Montevideo-Interior (...) muchos de los servicios de alta complejidad están en Montevideo y esos servicios de más alta complejidad son los que absorben el mayor número de profesionales (...)”*

En el interior y sobre todo en Salto se ha mejorado la disponibilidad de licenciadas, y todo parece indicar que el mercado de trabajo no ha acompañado este crecimiento, donde la cantidad de egresados de la carrera excede la demanda laboral.

No obstante, si bien esta disponibilidad ha venido creciendo, se reconoce que los procesos internos de culminación de la carrera de licenciatura son una problemática a superar ya que estos son bajos en el sentido de eficiencia interna y elevada en materia de desafiliación. La Decana de Enfermería expresa: *“(...) Nosotros creemos, que en realidad tenemos un problema serio en toda la universidad que es el número que ingresan y el número que egresa, la eficiencia terminal es bastante baja, y en nuestro caso, nosotros sabemos que somos una especie de transición porque mucho estudiantes se anotan en enfermería para ir a tecnología médica, para no dar los exámenes de ingreso, porque el ESFUNO y otras materias se le validan, entran como en segundo, y hacen alguna materia de primero (...)”*. En su opinión, no solo hay un problema de eficiencia interna, sino que la carrera de enfermería es asumida en algunos casos como una opción transitoria, para el ingreso a otras carreras universitarias.

Por otra parte, si analizamos otra carrera como es la odontología en su conjunto, es decir las carreras de carácter técnico universitario, como son el Asistente Odontológico y el Higienista Odontológico apreciamos que también son ofertas que han tenido su descentralización de forma temprana, pero que en cierta medida ha encontrado dificultades para consolidar este proceso cuando hablamos de su principal carrera, el Doctor en Odontología. Como lo menciona el Decano de la Facultad de Odontología, Dr. Raúl Riva, *“(...) Fuimos del área de la salud, creo que el primer servicio que estuvo presente y que era en Rivera, con la carrera de asistentes higienistas, recordamos que en aquella época, cuando se estuvo negociando la presencia y hubo una cierta participación, la preocupación institucional, que si bien el cometido de formar y luego nuestro egresado ir al ambiente laboral, había habido un compromiso de salud pública de integrar, por ejemplo, a egresados de asistentes higienistas en una primera y cosa que no fue efectiva, y aún hoy vemos que nosotros dictamos cuatro carreras en la carrera de odontología; Asistente en Odontología, Higienista en Odontología y Laboratorista en Odontología y formamos recursos humanos que no están siendo requeridos por el sistema (...)”*.

A pesar de lo planteado, del último plan de estudios de la carrera de odontología y de la presencia temprana en el Interior, en la actualidad, la Facultad de Odontología tiene el dictado de sus carreras centralizados en Montevideo. La primera presencia de la facultad en el Interior fue en la Regional Norte, donde egresaron unos 30 estudiantes; luego hubo una experiencia en Salto y Paysandú y ahí fue donde se encontraron las dificultades que justifican la no presencia de la formación de la carrera en Doctor en Odontología en el Interior del país. La Facultad de Odontología tiene su formato de enseñanza basado en y desde la asistencia, es decir, a partir del segundo año de la carrera el estudiante ingresa en un aula que simula a un consultorio odontológico, contando con el monitoreo de un docente. Este formato de enseñanza es el que dificulta la presencia de la facultad en el Interior del país, dado que no se cuenta con lugares de práctica adecuados.

Además del equipamiento y la simulación del aula, la práctica implica también contar con otras cosas, el Decano de Odontología explica: *“(...) un asistente tiene que asistir a las especialidades, tiene que saber formar, preparar una mesa para un cirujano, para un ortodoncista, para un endodoncista, para un periodoncista, para todas las especialidades y en el interior podían hacer una práctica en la puerta del hospital, donde capaz que tenía uno o dos sillones odontológicos y lo único que se hacían eran extracciones, promoción de la salud (...)”*. Según el Decano, la veta de que pueda darse la descentralización es *“(...) que el Sistema Nacional Integrado de Salud, ha incorporado a la asistencia integral de la odontología y vamos a tener en todos los departamentos servicios de prestadores públicos o privados, con lugares de prácticas naturales para que vayan nuestros egresados entonces queda, siguiendo y con una perspectiva que dependerá también del sistema de que esto se abra en el futuro (...)”*.

La carrera y plan curricular que hoy presenta la Facultad de Odontología (año 2011) fue diseñado en base a un estudio epidemiológico llevado adelante por la propia facultad. Dicho estudio arrojó números del perfil epidemiológico bucal de la población uruguaya, para poder discriminar y entender qué debería decir el primer nivel de atención y de la formación del generalista, por lo tanto al entender de las autoridades de la facultad de odontología, el egresado está preparado para la realidad sanitaria del país. Surge de la entrevista lo siguiente: *“(...) Para la Facultad de Odontología las prestaciones que hoy ofrece el Sistema Nacional de Salud son tan acotadas desde el punto de vista de la propia integralidad de los que es la asistencia bucal, que en realidad son mínimas¹⁰ (...)”*. La incorporación de otras prestaciones odontológicas dentro del Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS), ampliaría los lugares de práctica, tanto a nivel público como privado en todos los departamentos del país, donde los estudiantes puedan desarrollar sus destrezas.

Frente a la interrogante si la Facultad de Odontología podría responder a la inclusión de prestaciones odontológicas en el PIAS, consideran que sí puede, que está preparada y que lo está pidiendo, el Decano Dr. Raúl Riva expresó en la entrevista: *“(...) es más, hasta ha habido manifestación de la facultad de ser reconocida como prestador del Sistema Integral de Salud, integrarse a la salud, integrarse al sistema con su clínica que seamos parte del sistema integrado de salud (...)”*. Asimismo, resalta, *“la facultad cuenta en algunos casos con equipamiento único en el país, tiene capacidades únicas para llevar adelante algunos procedimientos específicos como las mutilaciones oncológicas de cara. Además cuenta con un servicio de Anatomía Patológica que no solo da sustento a las clínicas de facultad sino que también analiza biopsias de ASSE y de consultorios y prestadores privados”*.

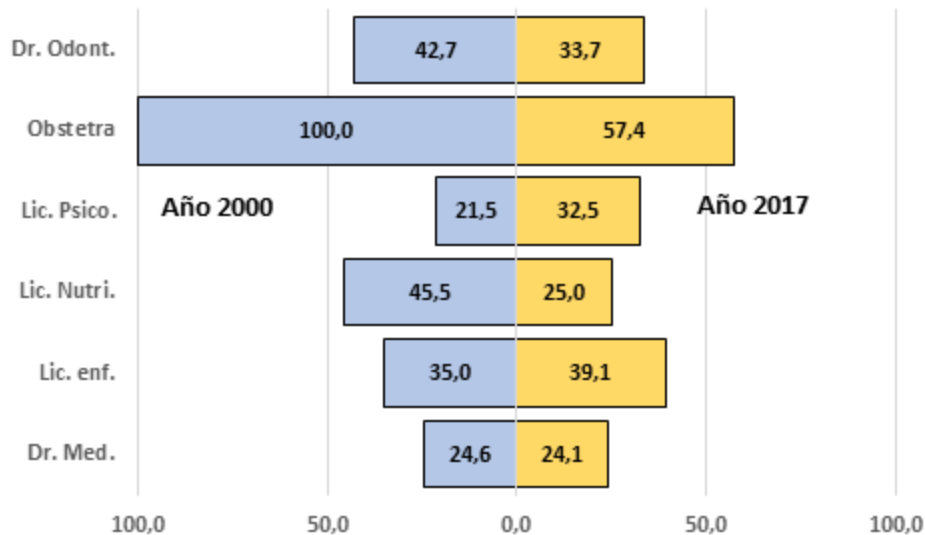
En palabras de la Profesora Blanco, presente en la entrevista con el Decano de Odontología, refuerza la idea y así lo expresa: *“(...) La facultad está preparada para participar del sistema nacional integrado, pero nosotros también, como exigir un poco más. Creemos que también lo que se tiene que transformar es todo, porque nosotros estamos acá en Montevideo y nosotros creemos que realmente lo que es la transformación del PIAS es algo que nosotros en parte vamos a responder. Pero lo que es importante, y eso también estaba en ese documento 2015 2020, que va a haber que tener más recursos humanos para poder desarrollar, que son del propio prestador*

¹⁰ Profesora Silvana Blanco, entrevista realizada por el equipo de DEMPEsa

público, pensamos incluso sería bueno que las personas que están en el sector público merecen recibir una atención integral en salud bucal, de la misma forma que lo que le pueda recibir el que lo hacen en el sector privado (...)". Concluyendo, se podría decir que esta incorporación ampliaría los lugares de práctica en el interior volviendo a pensar en la presencia de Odontología en el territorio.

V.3. Lugar de residencia de profesionales de la salud

Gráfico 7. Proporción de profesionales de la salud radicados en el interior del país. Años 2000 y 2017



Fuente: Sistema de Habilitación y Registros de Profesionales de la Salud (SHARPS). MSP – Uruguay

El gráfico anterior muestra el porcentaje de trabajadores de la salud, que al momento de habilitar su título en el MSP declararon estar residiendo en el Interior del país. Los datos son analizados en dos momentos, año 2000 y 2017¹¹.

Del análisis se puede decir que los Doctores en Medicina, a pesar del esfuerzo hecho con el proceso de descentralización de la UDELAR, no presentan una variación en el número de profesionales médicos residiendo en el interior del país en los 17 años considerados.

Con respecto a la Licenciatura en Enfermería se observa un aumento de los profesionales que residen en el Interior del país en el año 2017, casi 4 de cada 10 declaran residir en el Interior.

Los Doctores en Odontología tuvieron un comportamiento inverso ya que mientras que en el año 2000 un 42,7% declaraba residir en el Interior del país; en el 2017 esta relación baja a 33,7%. Esto se puede asociar a que a pesar de que la carrera de Doctor en Odontología tuvo una presencia temprana en el interior, en la actualidad, el dictado de la misma se centraliza en Montevideo. Algo parecido también se registra para las Lic. en Nutrición, donde un poco más de 4 de cada 10 residía en el interior en el año 2000 y en 2017 este porcentaje baja casi a la mitad. Vale subrayar, que sobresale el lugar de residencia declarado por los Obstetra Partera donde en el año 2000, el 100% de las profesionales que registraron el título en el MSP, declararon estar residiendo en un departamento diferente a Montevideo.

¹¹ Los datos no incluyen las carreras dictadas por la EUTM y tampoco los Lic. en educación, que por el momento no tienen una normativa que obligue el registro del título en el MSP para el ejercicio de su profesión.

VI. Cambios curriculares en las carreras del área de la salud

En este apartado se analizan algunos planes de estudio que realizaron cambios en sus componentes académicos como una forma de responder a las demandas del nuevo SNIS y por ende de mejorar la calidad en la formación de sus recursos humanos, con miras a la adecuación de las exigencias y necesidades impuestas por el nuevo modelo de atención. Se contemplarán particularmente los planes de estudio de medicina, enfermería, odontología, psicología y nutrición, del subsector público, que son los principales servicios que brindan profesionales para el SNIS.

Desde el año 2011, y por primera vez en su historia, UDELAR tiene una norma única para toda la formación universitaria terciaria y de grado. El 30 de agosto del 2011, el Consejo Directivo Central aprobó la Ordenanza de Estudios de Grado y otros Programas de Formación Terciaria, y con ella apunta a promover importantes planes de renovación de la enseñanza y la Reforma Universitaria. Rodrigo Arocena, quien era el Rector en el momento de la promulgación de normativa, dijo que esta ordenanza "sistematiza una orientación general para la enseñanza, que apunta a modernizarla y enriquecerla, dimensionando mejor las carreras, adecuándolas al desarrollo del postgrado, facilitando tránsitos horizontales, flexibilizando trayectorias educativas."¹² En este marco, los servicios contaban con dos años para adecuarse a la ordenanza, aunque muchas facultades ya habían comenzado con el proceso.

VI.1. Doctor en Medicina. Facultad de Medicina

La Facultad de Medicina de la Universidad de la República, comenzó a implementar desde el año 2009 un nuevo plan aprobado a fines del año 2007 por el claustro de la facultad. El nuevo plan de estudios adecua el perfil de los egresados teniendo en cuenta las necesidades de salud de toda la población. Privilegia la formación del médico más vinculado al trabajo comunitario y con capacidad para trabajar aspectos que hacen a la promoción, prevención y cuidado integral de la salud, combinando la enseñanza con la atención de salud, vinculado a las personas, las familias y los grupos sociales en los lugares donde estos viven.

Dentro de los cambios se destaca en primer lugar, la reducción de la duración de la carrera a siete años; en segundo lugar, los estudiantes y docentes se insertan desde el inicio de la carrera en el ámbito comunitario, constituyéndose en uno de los ejes centrales de este cambio. En tercer lugar, se hace énfasis en el aprendizaje grupal, con el propósito de preparar al estudiante para el trabajo en equipo; y por último se otorga al estudiante, luego de cuatro años, un título intermedio de Técnico en Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades.

El estudiante desempeña funciones en una determinada área geográfica y población de referencia predeterminada, ya sea formando parte de instituciones de asistencia o en forma independiente.

En este sentido, el Prof. Dr. Henry Cohen, considera que: *"en los últimos años se ha hecho un esfuerzo muy importante por adaptar los planes de estudio a las necesidades sanitarias del país, (...) formando el médico que precisa el Uruguay, el médico que pueda resolver los problemas de los pacientes allí donde están los pacientes, para que sepan cuando tiene que consultar, cuando*

¹² Fuente: <http://www.universidad.edu.uy/prensa/renderItem/itemId/28864i>

tiene que atender sus pacientes, es decir, el médico que precisa el ciudadano uruguayo. La facultad de medicina hace unos cuantos años ha cambiado sus planes de estudio para tener ese tipo de médico, creo que esa es una prioridad de la facultad”.

De este modo, se apunta a orientar a la medicina y a los médicos hacia la comunidad y no centrar la formación de los mismos desde el servicio de salud, sino desde lo comunitario. Se hace hincapié en el acercamiento del estudiante a la realidad comunitaria, social, y clínica. Se fortalece de este modo la formación de los médicos con habilidades aplicables a la atención primaria y el trabajo comunitario, las actividades de promoción y prevención de la salud, tanto a nivel colectivo como individual.

Los ejes de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) atraviesan todo el esquema curricular. Esta reforma introduce al estudiante de forma más temprana al aprendizaje en APS sin esperar a los ciclos clínicos, incorporando para ello una visión comunitaria. El Decano de Facultad de Medicina lo expresa así: *“(...) de alguna manera creo que la contribución de la facultad de medicina al cambio de modelo de atención ha sido enorme. Creo que eso nos ha demandado muchos esfuerzos. La primera generación de egresados del plan nuevo ha sido el año pasado, pero objetivamente estamos en este plan en una carrera de 7 años y estamos hace muchos años invirtiendo en este plan. El tema es que necesitamos infraestructura, es una necesidad la infraestructura para que esos recursos tengan cabida y lugar de formación.”*

Se colocan nuevos escenarios de aprendizaje que permiten un verdadero intercambio con la comunidad para identificar necesidades, priorizar problemas y formular planes preventivos y de promoción que involucran al estudiante como un actor clave que aprende en interacción y en la reflexión sobre sus acciones. Además se promueve el desarrollo de un profesional capaz de interactuar en un equipo, de reflexionar sobre su práctica y de hacer una apreciación crítica de la realidad. Promueve la construcción colectiva del aprendizaje con metodologías centradas en el estudiante.

En palabras del Dr. Miguel Martínez, *“(...) en particular, en la facultad de medicina, se hizo un cambio muy importante del plan de estudios y hubo una inversión muy muy muy importante y digo “muy muy muy” por qué en su momento en el Poder Legislativo le asignó una suma de dinero que contemplaba (los cargos duran tres años verdad), contemplaban esos tres años”.*

La carrera se estructura en dos ciclos de tres años y culmina con un ciclo de internado obligatorio¹³, con una estructura curricular flexible que permite su adecuación y articulación con este nuevo escenario. Cada ciclo se compone de tres módulos. La primera etapa comprende un ciclo introductorio en el que se establecen las bases de la medicina comunitaria. Se le aportan al futuro profesional los medios para contribuir a satisfacer las demandas sociales prioritarias en esta área y en lo que hace a los procesos de salud enfermedad y su evolución histórica. Además le brinda las herramientas para la interpretación de los conceptos de promoción de salud y la adquisición de destrezas para su desarrollo. Lo introduce en la comprensión del concepto de prevención de salud y sus estrategias, identificando los principales problemas de salud y los recursos de una comunidad, integrando el colectivo comunitario poblacional como

¹³ Se denomina Internado Obligatorio al período curricular de práctica pre-profesional de la carrera Doctor en Medicina, cuya aprobación habilitará al estudiante a acceder al título correspondiente. Proyecto de Decreto Presidencia de la República, Art. 1 de fecha 07/10/2004. Se estructura en cuatro trimestres, uno de los cuales se desarrolla en el interior del país.

objeto de estudio. Implica la investigación y el desarrollo de programas de promoción de salud y prevención de enfermedades y la adquisición de los fundamentos de los métodos epidemiológico y clínico para el examen del individuo y las colectividades.

Este nuevo plan de estudios contempla la inserción del estudiante a nivel comunitario al inicio de la carrera y el acompañamiento a una comunidad durante todo el primer ciclo. Un aspecto innovador del plan es que existe la figura de un tutor que acompaña todo el proceso de formación del estudiante. Se trata de un proceso en el cual la figura del tutor es muy relevante. Además, cuenta con la particularidad de que es el estudiante quien tiene la libertad de elegir ciertos módulos priorizando su propio interés en el tema. Este plan está pensado y centrado en el estudiante y fortalece la relación entre el estudiante y el docente, con mayor cantidad de espacios docentes en el primer nivel de atención en puestos de salud cercanos a la población y mayores espacios de formación.

VI.2. Licenciado en Enfermería. Facultad de Enfermería

La Facultad de Enfermería de la Universidad de la República es otro de los servicios que conforman el Área Ciencias de la Salud. Es responsable de la formación de profesionales en Enfermería, así como de auxiliares de Enfermería a nivel de enseñanza pública.

La formación del Licenciado en Enfermería es otra de las carreras que ha sido objeto de un proceso de cambios propiciados con el fin de alinear su nuevo plan de estudios a los requerimientos del nuevo sistema nacional integrado de salud en Uruguay, como una contribución al logro de las políticas de salud del país.

Según se señala en el nuevo plan de estudios aprobado en el año 2016:

“los últimos cortes evaluatorios realizados permitieron sintetizar que el Plan de Estudios 93’ tiene una estructura rígida que hace difícil la construcción de trayectorias autónomas por parte del estudiante, que en algunos ciclos es causa del rezago estudiantil por la ubicación de las asignaturas en los mismos. Posee una sobrecarga de contenidos propios de un plan que fue elaborado previo a la existencia del Centro de Postgrado que ofrece hoy cursos de educación permanente, especialidades, maestrías y doctorado. Además se identificó la existencia de asignaturas con bajas cargas horarias lo que conlleva a una sobre evaluación y aumento del tiempo de estudio del estudiante en relación al asignado en el Plan con su consiguiente repercusión en el rendimiento.” (Plan de estudios Licenciatura en Enfermería, 2016, pág. 4 y 5)

Esto fortaleció la necesidad de realizar la revisión del Plan de Estudios 93’ y en la actualidad a través de una Resolución del Consejo Directivo Central de la Universidad de la República del 16 de agosto de 2016 se aprueba el nuevo plan para la formación de Licenciados en Enfermería que se caracteriza por contar con un diseño que incorpora las nuevas tendencias de la formación universitaria y ofrece una formación acorde a los cambios epidemiológicos, avances en los paradigmas de gestión de la información y cambios en las políticas de salud.

Acerca de los contenidos del nuevo plan de estudios, la Decana de Facultad de Enfermería, Mercedes Pérez sostiene que, *“(...) los contenidos están basados en los problemas epidemiológicos de la población y se toma mucha documentación del propio Ministerio, evaluaciones, programas, documentos que analizan diferentes situaciones y en todos los cursos, por ejemplo, en lo que tiene que ver con la salud comunitaria, la parte de adultos mayores, la salud sexual y reproductiva, la niñez, la adolescencia, la salud mental, son todos temas que*

surgen de las necesidades y problemas epidemiológicos del país. Los propios documentos del Ministerio y las características de la población son parte de la bibliografía que se utiliza para para cada uno de los cursos”

Presenta la singularidad de procurar “(...) superar la enseñanza tradicional entre cursos “teóricos” y “prácticos”, desarrollando nuevas modalidades de abordaje interactivo e integral del proceso enseñanza aprendizaje situado y constructivo. Se pretende una revalorización del papel del docente, donde sus funciones de transmisor del conocimiento, se transforman en ser guía, facilitador o tutor del aprendizaje, como mediador del mismo, reforzando su papel de ayuda pedagógica. La importancia de promover la interacción entre el docente y estudiante, así como entre los estudiantes mismos, con el manejo del grupo mediante el empleo de estrategias de aprendizaje cooperativo y autogestionado” (Plan de estudios Licenciatura en Enfermería, 2016, pág. 9)

Este nuevo Plan pretende fortalecer el concepto de formación integral del estudiante, manteniendo la base de inter y multidisciplinariedad, con mayor énfasis en la flexibilidad y articulación de las funciones de enseñanza-extensión e investigación. La carrera tiene una duración de 4 años y un semestre, completando 360 créditos para la finalización de la formación y la obtención del título de grado.

Se orienta a la formación de un profesional de perfil generalista con competencia científico técnico y humanístico. Basado fundamentalmente en una formación crítica, con una actitud proactiva a la actualización permanente de los saberes, en respuesta a un cuestionamiento de la realidad que facilite incrementar la capacidad de aprendizaje y que permita resolver los principales problemas que se presentan en las diferentes esferas de su actuación profesional. Se pretende un acercamiento temprano del estudiante con la enfermería y su práctica en niveles crecientes de complejidad de atención con una concepción de promoción de la salud.

Además, para propiciar cambios y facilitar procesos de participación social, conforma equipos interdisciplinarios, con vocación de protagonismo y liderazgo y desarrolla acciones de promoción de la salud, prevención de las enfermedades, asistencia, rehabilitación y acompañamiento en el proceso al final de la vida.

Para Mercedes Pérez uno de los ejes del Plan '93 era el primer nivel de atención y la APS, y considera que eso adelantó lo que después se planteó en la Reforma, y que las modificaciones introducidas por el Plan 2016 se refieren al funcionamiento del SNIS y lo expresa como sigue: *“El nuevo plan sería algo más vinculado a lo normativo, lo que aparecería como nuevo en relación al modelo de salud es como se conformó el sistema, todo lo que tiene que ver con la gestión del sistema, con la organización del sistema, quizás también algunos contenidos porque del 93 hasta ahora cambiaron cosas, pero en lo que respecta al modelo de atención ya estaba bastante centrado y tenía líneas fuertes en ese plan de estudios”*

El Plan 2016 cuenta con un balance entre la formación científica y el desarrollo de competencias profesionales técnicas, humanísticas y de gestión en el transcurso del proceso formativo. Específicamente, *“investiga problemas específicos, desarrolla el pensamiento científico de su campo disciplinar e integra equipos que abordan temas interdisciplinarios” (Plan de estudios Licenciatura en Enfermería, 2016, pág. 12).*

En correspondencia, se establece una estructura curricular del plan de estudios flexible con correlación de unidades curriculares básicas y complementarias; con materias obligatorias, optativas y electivas, donde el estudiante es quien conforma de forma autónoma su trayectoria educativa y la articulación con servicios del Área de la salud y otras Áreas.

En esta misma línea, la estructura curricular se plantea en cuatro ciclos “(...) el primero “Proceso salud-enfermedad”, el segundo “Salud-Enfermedad en los diferentes grupos etarios”, el tercero “Gestión de Cuidados y de Servicios Intra y Extra-hospitalarios” y el último “Práctica Pre-profesional”. (Plan de estudios Licenciatura en Enfermería, 2016, pág. 16). Se definen además como ejes curriculares las Enfermerías y su práctica profesional, APS, Metodología Científica, Ética, Bioética y Legislación, en torno a los cuales se integra el conocimiento.

VI.3. Doctor en Odontología. Facultad de Odontología

La situación epidemiológica y de atención en salud bucal convive con la reorientación que el gobierno nacional imprime a las políticas de salud, a través de un profundo proceso de transformación sanitaria que plantea nuevos interrogantes y probablemente nuevos desafíos a la formación odontológica. Es a partir de la institucionalización y la salud como derecho que se reglamenta el tema de la salud bucal. Según lo expresa el Decano de la Facultad de Odontología, Dr. Raúl Riva, *“La Facultad tuvo la oportunidad de poder hacer un diseño curricular atendiendo a una fotografía del sistema de la situación de salud de la población a través de realineamientos epidemiológicos (...) se relevaron todas las patologías más prevalentes de la odontología relacionadas a la salud bucal de todo el país”*.

Puntualmente, a través del Programa Nacional de Salud Bucal, se prioriza la atención de embarazadas, niñas y adolescentes con un fuerte énfasis en la promoción y la prevención, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de la población.

En este marco, la Facultad de Odontología a través de su nuevo plan de estudios tiene en cuenta para la formación las competencias requeridas por el nuevo SNIS y el fortalecimiento de la atención integral a la salud bucal. Se plantea una reorientación académica que fue aprobada por el claustro de la facultad el 21 de junio de 2010 y por el Consejo de la facultad el 16 de diciembre del mismo año, implementado a partir del año 2012.

El perfil del graduado que se pretende formar tiene como campo de acción principal la *“promoción de la salud, la prevención, la asistencia y el control de la problemática más prevalente, el reconocimiento y la derivación de la alta complejidad y la gestión de los recursos humanos necesarios para la atención de la salud bucal, a través de abordajes individuales y colectivos en una red de servicios con una estrategia de Atención Primaria de la Salud que priorice el primer nivel de atención”*. Se pasa de un abordaje “biologicista”, centrado en el consultorio, a otro centrado en la práctica comunitaria con el objetivo de mejorar la calidad de vida de la población.

Los principios que orientan la formación también tienen que ver con el cambio de escenario sanitario y se sustenta en *“una visión del ser humano como una totalidad, lo que implica un abordaje de la atención de la salud bucal en sus dimensiones biológica, psicológica y social. Reconoce la salud como un derecho humano fundamental y promueve el respeto de la dignidad*

humana. (...) Define la atención desde un enfoque de promoción de salud, desarrollando acciones educativas, preventivas y asistenciales para fomentar, conservar y/o restaurar la salud de las personas. Coloca al paciente en el centro del proceso de atención y fomenta su participación activa durante todo el proceso”¹⁴

El nuevo plan plantea la superación del modelo tradicional o de transmisión, centrado en el docente, adoptando un modelo de enseñanza centrado en el estudiante. En este marco se plantean experiencias puntuales de aprendizaje basado en problemas, de análisis y resolución de situaciones reales a través de casos clínicos. La práctica odontológica desarrollada en servicios y comunidad constituye otro pilar fundamental de la formación pre profesional y le permite conocer la realidad social, económica y cultural de la comunidad en la cual desarrolla el servicio, además de la realidad epidemiológica. El decano Dr. Raúl Riva lo expresa de la siguiente manera: *“El estudiante entra tempranamente a la clínica en segundo año, con monitoreo muy cuerpo a cuerpo del docente, con una selección del nivel de complejidad de lo que aprende, pero aprende sobre la persona humana y eso es el aula en odontología”*.

Se avanzó en los procesos de integración disciplinar y de la articulación entre la teoría y la práctica profesional, tanto en el plano curricular de la enseñanza como en su evaluación y en lo que respecta a aspectos vinculados con el trabajo interdisciplinario. Se incorporaron actividades opcionales y el desarrollo de un curso introductorio común a todas las carreras que brinda la facultad. De este modo, se tendió a la descentralización universitaria a través de la apertura de centros de formación en el Interior del país y la práctica odontológica desarrollada en servicios y comunidad en el último tramo de la carrera. El Dr. Riva dice en la entrevista: *“Nuestro formato de la enseñanza es a través de la asistencia en un módulo que es igualito a un consultorio odontológico (...) Y esa es una gran dificultad para descentralizar la odontología al interior, porque no tenemos lugares de práctica y eso fue el motivo para que recientemente retiráramos también la presencia de la formación de asistente e higienista, porque no teníamos lugares de práctica”*.

VI.4. Licenciado en Psicología. Facultad de Psicología

La Facultad de Psicología promueve su nuevo Plan de Estudios en el año 2013 con dos objetivos generales, en primer lugar brindar una formación integral en Psicología que articule la extensión, la enseñanza y la investigación, incorporando una perspectiva interdisciplinaria y en segundo lugar proporcionar una formación que habilite la producción y uso de conocimientos en distintos ámbitos y problemáticas, a los efectos de contribuir al bienestar integral de los sujetos y sus comunidades y al desarrollo de la psicología como disciplina.

La estructura del nuevo Plan de Estudios se organiza a través de tres ciclos de formación y cinco módulos, contando con un trabajo final para la obtención del título de grado.

Desde el área de la salud promueve la implementación de diversas estrategias desde la prevención, promoción, asistencia y rehabilitación de las personas en los diversos modos en que lo psicológico se expresa. Contribuye particularmente, con el diseño, la implementación y el

¹⁴ Plan de Estudios para la formación de Doctores en Odontología 2011, pág. 21

monitoreo de políticas públicas, promoviendo el bienestar integral de las personas y sus comunidades desde el punto de vista psicológico.

Se propone la flexibilización del currículo y da suma importancia al creciente grado de autonomía de los estudiantes a lo largo de la formación. Habilita además la inclusión de nuevos contenidos articulados a la producción de conocimientos. Establece espacios y actividades que articulan e integran las funciones universitarias de extensión, investigación y enseñanza y posibilita la integración entre la formación profesional y la académica. Esta integralidad implica un proceso de enseñanza y aprendizaje en territorio, coordinada con los actores sociales y universitarios desde problemáticas concretas, ocupando la extensión universitaria un rol fundamental en esta propuesta.

El nuevo plan se inscribe en una concepción centrada en el proceso de formación que promueve la capacidad del estudiante de discernir su trayectoria, participando activamente en la construcción de su itinerario formativo. Potencia la autonomía del estudiante y habilita un tránsito flexible de la propuesta desde una perspectiva crítica e interdisciplinaria.

Como características generales a través de la implementación del sistema de créditos contribuye a la movilidad horizontal del estudiante movilidad intra e interinstitucional y facilita el reconocimiento académico de diferentes tránsitos. Articula la libre elección del estudiante y la agenda establecida por la Facultad de Psicología y por la Universidad de la República en sentido amplio.

También se integra y promueve el desarrollo de Prácticas Pre-Profesionales, la implementación de un Proyecto Integral y la realización de un Trabajo Final de Grado, con el objetivo de la adquisición de experiencia por parte del estudiante y la retroalimentación de las líneas de desarrollo de la Facultad de Psicología. Se apunta a la diversificación de conocimientos y a la participación activa en el desarrollo de los itinerarios curriculares.

VI.5. Licenciada/o en Nutrición. Escuela de Nutrición

La Escuela de Nutrición incorporó cambios en su formación acompañando los que desde la Universidad de la República se están promoviendo, como la flexibilización curricular, la creditización, los cursos optativos y electivos, la curricularización de la extensión y de la investigación donde la creación científica se complementa con el compromiso social, así como con una temprana inserción del estudiante en la comunidad.

Establece explícitamente la importancia de la relación entre el sistema de salud y la formación del licenciado en nutrición, diciendo:

“El sistema de salud debe ser siempre un referencial en la formación de los Licenciados en Nutrición tanto en el grado como en el postgrado. El mismo orienta sobre la organización de los recursos humanos en salud y establece prioridades en el abordaje de los problemas sanitarios para los cuales deben estar preparados los profesionales”¹⁵

¹⁵ Universidad de la República, Plan de estudios de la Licenciatura en Nutrición 2014, pág. 5

Acorde al nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud, se plantean cambios que privilegian la atención integral y jerarquizan la promoción y la prevención en materia de salud, cambios que se encuentran en el marco de la aplicación de una estrategia de APS, estructurada como un sistema con base territorial.

En este sentido, la propuesta curricular apuesta a formar profesionales preparados para la búsqueda y aplicación de estrategias que contribuyan al fortalecimiento del primer nivel de atención; la integración a equipos interdisciplinarios de forma de abordar los problemas que afectan a la población desde una mirada integral y el fomento de ámbitos para la coordinación, de manera de garantizar continuidad y coherencia en las acciones involucradas en la atención de la salud.

Algunos de los objetivos del nuevo Plan de Estudios de la Escuela de Nutrición se orientan a *“desarrollar experiencias de formación que articulen las funciones de enseñanza, investigación y extensión; apuntando especialmente a la curricularización de la extensión en todo el territorio de la república; realizar la inserción temprana de los estudiantes en la comunidad; alcanzar una integración equilibrada entre la formación teórica y la formación práctica durante toda la carrera y aplicar metodologías y herramientas educativas innovadoras que contribuyan al aprendizaje activo y al desarrollo flexible de la formación. Así mismo, atiende los criterios de flexibilidad curricular por medio de actividades opcionales y electivas que favorezcan la autonomía de los estudiantes y contempla los cambios ocurridos en el perfil epidemiológico nutricional de la población uruguaya, en el transcurso de los últimos años y sus factores determinantes”*.¹⁶

La flexibilidad curricular conduce a la diversificación de los itinerarios formativos y se materializa en la oferta de unidades curriculares optativas y electivas, en la posibilidad de seleccionar trayectorias curriculares particulares a un campo de desempeño y en desarrollo de un proyecto de investigación, de extensión o de enseñanza en el campo seleccionado por el estudiante.

El plan de estudios tiene una duración de 8 semestres correspondientes a 360 créditos, organizado en ciclos que se corresponden con un año lectivo y una estructura curricular por áreas de formación. Se obtiene el título de Licenciado en Nutrición, luego del cumplimiento de una carrera de 4 años de duración que completan 360 créditos.

La metodología de enseñanza se centra en las prácticas articuladoras. Estas prácticas articuladoras se distribuyen en los tres primeros ciclos de formación y constituyen un espacio de articulación horizontal de la formación teórica con la práctica, integrando contenidos de las unidades curriculares, pudiendo, a su vez, funcionar como eje vertical que articule los diferentes ciclos del plan de estudios a través de prácticas de grado creciente en complejidad. *“Se caracterizan por ser interdisciplinarias y/o multiprofesionales, con una inserción estudiantil sostenida en comunidades e instituciones, organizaciones a nivel urbano y rural con alcance nacional.”* Cuentan con la figura del tutor, pudiendo ser estos, docentes y/o estudiantes de la Licenciatura, Licenciados en Nutrición u otros profesionales o actores sociales.

En el último ciclo de la carrera se desarrollan las Prácticas Profesionales que incluyen la realización de prácticas en el campo de desempeño seleccionado por el estudiante y el desarrollo de una investigación o ejecución de un proyecto de intervención que permita ejercitar

¹⁶ Universidad de la República, Plan de estudios de la Licenciatura en Nutrición 2014, pág. 8

la metodología científica y generar conocimientos de interés para la academia y la comunidad. Las áreas de formación y campos de desempeño son flexibles, pudiendo el estudiante cambiar la orientación realizada. En este sentido, la autonomía en el aprendizaje es uno de los principales objetivos a alcanzar en el nuevo plan de estudios.

VII. Formación y cambio del modelo de atención

VII.1. La reforma sanitaria

La reforma del sector salud, forma parte de un proceso de transformación del Estado, que asume un rol protagónico para brindar a la población uruguaya una matriz de protección social que les permita a las personas, familias y comunidad un mejor nivel de salud y calidad de vida en todo el territorio nacional.

La estrategia de la Reforma consistió en avanzar hacia un SNIS y un Seguro Nacional de Salud (SNS) de cobertura universal, orientados a racionalizar y optimizar los recursos en salud, en el marco de una lógica de complementación y coordinación entre prestadores públicos y privados.

Sus principales ejes son el cambio del modelo de atención, el cambio del modelo de gestión y el cambio del modelo de financiamiento. Es en los dos últimos donde se han observado los mayores avances, sin embargo, el nuevo modelo de atención requiere un profundo cambio socio – cultural que va desde los prestadores de servicios de salud y los técnicos a los estilos de vida de la población con una visión integral e integrada, abordando al individuo en todas sus dimensiones: biológica, psicológica, social y comunitaria. Se trata de cambios que se producen en forma más lenta y que requieren poner en común principios, conceptos y objetivos, para entonces delinear la estrategia y los pasos necesarios para alcanzar la meta propuesta.

La ley 18.211 de creación del SNIS establece en su capítulo IV, “Redes de atención en salud”, los principales lineamientos que guían el cambio del modelo de atención, en particular: *“El Sistema Nacional Integrado de Salud se organizará en redes por niveles de atención según las necesidades de los usuarios y la complejidad de las prestaciones. Tendrá como estrategia la APS y priorizará el primer nivel de atención”*.¹⁷

Los cambios en el modelo de gestión y de financiamiento se consideran instrumentos para el logro de un nuevo modelo de atención. En este sentido la propuesta de reforma retoma los documentos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), referentes a la Renovación de la Atención Primaria de Salud (APS) de las Américas, en la que se propone la construcción de sistemas de salud basados en APS. Esta se enfoca sobre el conjunto del sistema de salud como una estrategia de organización (OPS, 2008, 2007, 2005).

En el Uruguay, la reforma sanitaria que se procesa en la actualidad sintetiza una serie amplia de transformaciones que dan cuenta de esta relación. El giro del modelo de atención hacia una estrategia que privilegie la prevención y promoción de la salud, con énfasis en la APS, y

¹⁷ Artículo 34 de la Ley de SNIS n° 18.211 del 5 de diciembre de 2007. Ley de Sistema Nacional Integrado de Salud. Poder Legislativo. Uruguay. [accedido 2009 setiembre 20]. Disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy> Ley de descentralización de ASSE n°18.161 de 2007. Ley de descentralización de Administración de Servicios de Salud del Estado. Uruguay: Poder Legislativo [accedido 2009 setiembre 20]. Disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy> Uruguay. Ministerio de Salud Pública.

consolidando espacios para la participación activa de la ciudadanía, implica implementar cambios en la formación de los RHS, tanto en los contenidos como en las formas de aprendizaje, desde la formación de grado.

VII.2. El cambio del modelo de atención

El cambio en el modelo de atención implica un proceso de transformación desde un modelo curativo, fragmentado, centrado en la enfermedad, de carácter biomédico, hacia uno que considere integralmente a las personas, privilegie la promoción de la salud, trabaje en Equipos y fortalezca el Primer Nivel de Atención (PNA).

Conjuga a su vez tres vertientes conceptuales: la estrategia de APS renovada, el desarrollo del PNA y la conformación de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). A los efectos de identificar los cambios curriculares procesados en los planes de estudio de las carreras de grado del área salud de UDELAR, definimos previamente las dimensiones del cambio del modelo con las cuales analizaremos dichos planes curriculares.

VII.3. La APS renovada

Un sistema de salud basado en la APS¹⁸ debe garantizar la cobertura y el acceso universal a los servicios, en términos de equidad, atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, con énfasis en la prevención y la promoción y asegura el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción. Un sistema de salud basado en la APS requiere un sólido marco organizativo, además de recursos humanos, económicos y tecnológicos adecuados y sostenibles. Emplea prácticas óptimas de organización y gestión en todos los niveles del sistema para lograr calidad, eficiencia y efectividad, desarrolla – además - mecanismos activos con el fin de maximizar la participación individual y colectiva en materia de salud.

Organizado de esta forma el sistema de salud promueve acciones intersectoriales e interinstitucionales para abordar otros determinantes de la salud y la equidad. La evidencia internacional sugiere que los sistemas de salud que se fundamentan en una sólida orientación a la APS alcanzan mejores resultados y mayor equidad, son más eficientes, tienen menores costos

¹⁸ Desde que fue definida en la Asamblea de OMS en Alma Ata en 1974, se ha desarrollado una amplia y profunda elaboración conceptual en torno al desarrollo de la estrategia de APS (APS) en todos los niveles de atención. Esta estrategia busca dar satisfacción a los objetivos de salud de los pueblos en el marco de su concepción como un derecho humano fundamental que por tal debe ser garantizado por los Estados. La APS ha presentado cambios en los últimos 40 años siendo la Declaración de Montevideo del año 2005 un salto cualitativo en su definición incorporando valores, principios y elementos en los sistemas salud en relación a los cambios demográficos y epidemiológicos producidos desde la reunión de Alma Ata: envejecimiento de la población, alto grado de concentraciones urbanas, mayor peso de las enfermedades no transmisibles (ENT) y enfermedades emergentes y reemergentes estrechamente vinculadas al fenómeno de la globalización.

La APS renovada propone que los sistemas de salud deben estar orientados por los valores de solidaridad, equidad y el derecho a la salud como un bien social y público, de modo de asegurar a las personas, familias y comunidades el acceso a una cobertura universal en salud. En el documento de posición de la OPS “La Renovación de la APS en las Américas” el mecanismo propuesto para la renovación de la APS es la transformación de los sistemas de salud, de modo que la APS desempeñe en ellos un papel central, dando respuesta a las necesidades de salud de la población, orientada hacia la calidad, con responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, justicia social, sostenibilidad, participación intersectorial e interinstitucional.

de atención y logran una mayor satisfacción del usuario en comparación con los sistemas de salud cuya orientación a la APS es escasa.

Todos estos conceptos han sido incorporados en los fundamentos de la reforma de la salud en Uruguay y por lo tanto en su SNIS, con un fuerte énfasis PNA contextualizado en una visión familiar y comunitaria.

VII.4. El Primer Nivel de Atención

La ley 18211 en su artículo 36 establece: *“El primer nivel de atención está constituido por el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigido a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfacer con adecuada resolutivez las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida, desarrolladas con la participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su hábitat natural y social. Las acciones de atención integral a la salud serán practicadas por equipos interdisciplinarios con infraestructura y tecnologías adecuadas para la atención ambulatoria, domiciliaria, urgencia y emergencia. Se priorizará la coordinación local, departamental o regional entre servicios de salud del primer nivel nacionales, departamentales y comunitarios.”*

El primer nivel tiene tres funciones esenciales: ser el principal punto de entrada al sistema, facilitar y coordinar el itinerario de las personas en el sistema, y asegurar la integración y la síntesis de la información de salud de cada usuario con una perspectiva familiar y comunitaria. Es el de menor grado de complejidad en función de los recursos y tecnología necesarios para su aplicación, pero constituye la base del sistema. Bien organizado y contando con los recursos necesarios debería resolver el 80% de los problemas de salud de la población. Realiza atención ambulatoria, domiciliaria y de urgencia con actividades de promoción de salud, prevención de enfermedades, recuperación y rehabilitación, educación e investigación. Su ámbito no es sólo el consultorio, también se lleva a cabo en domicilios, centros de estudio y de trabajo, instalaciones deportivas y recreativas y potencialmente en todo lugar en donde transcurre la vida cotidiana de la comunidad.

VII.5. Equipo de Salud del Primer de Atención (ESPNA)

En el PNA, pensado en función de la estrategia de APS, es el equipo de salud quien asumirá la responsabilidad de acompañar, evaluar e intervenir en los procesos salud-enfermedad - individual y colectiva - de una población referida a un área geográfica. El trabajo en equipo ha sido definido por la OPS como “un proceso dinámico, abierto y participativo en la construcción técnica, política y social del cambio del trabajo en salud para la aplicación de un nuevo modelo de atención, el trabajo interdisciplinario y la participación comunitaria facilitan la definición, desarrollo y evaluación de competencias de atención integral de salud a nivel local, produciendo una renovación e integración de capacidades clínicas y de salud pública en los equipos de salud.

El denominador común de los equipos de salud es el médico y la enfermera con formación familiar y comunitaria. Luego se integran otras disciplinas en relación a las necesidades y características de la comunidad en la que se desempeñan. Por lo tanto, el carácter inter y multidisciplinario de los equipos implica una formación de grado que promueva el trabajo en

conjunto con otras disciplinas de la Salud. En este sentido, desde OPS se viene impulsando la Red de Educación Interdisciplinaria y nuestro país se ha adherido a ella.

VII.6. Promoción de la Salud

Trabajar en promoción de la salud, implica promover el empoderamiento individual y colectivo, la participación activa de toda la población en el cuidado de la salud y sus condiciones de vida, implica el abordaje de los determinantes sociales de la salud. Debe realizarse desde un enfoque intersectorial que garantice el análisis y accionar integral, frente a la compleja realidad en la que transcurre la vida cotidiana de las personas. De esta forma se facilitan los cambios individuales y colectivos que permitan modificar la realidad epidemiológica, asegurar la profundización de la reforma sanitaria y elevar la calidad de vida de las personas.

Según la OMS, *“la promoción de la salud permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud. Abarca una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individuales mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud, y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación.”*

Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como el pleno desarrollo humano en la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario.

VII.7. Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)

En la organización del sistema en RISS se expresa un concepto que ha tenido un largo proceso de elaboración con el objetivo de resolver los problemas de fragmentación y segmentación de los servicios de salud tradicionales. Ante la urgente necesidad de resolución de estos problemas, la OPS ha planteado la creación de Redes Integradas de Servicios de Salud basadas en la APS.

El desarrollo de las RISS contribuye a la prestación de servicios de salud, accesibles, equitativos, eficientes, de mejor calidad técnica y que satisfagan mejor las expectativas de los ciudadanos.

Los atributos esenciales de las RISS para una atención a la salud son:

a) población y territorio a cargo bien definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud; extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud de las personas y los servicios de salud pública;

b) un primer nivel de atención multidisciplinario que abarca a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población; prestación de servicios

especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios;

c) existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud;

d) atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y los niveles de diversidad de la población.

VII.8. La formación de los RHS alineada al cambio de modelo

Partiendo de las dimensiones que componen el cambio del modelo de atención sintetizadas hasta aquí, se analizan ahora alguno de los puntos plasmados en los planes de estudio de tres de las carreras de grado desarrolladas en el área salud de la UDELAR, Doctor en Medicina, Licenciado en Enfermería y Doctor en Odontología.

A continuación, se presenta un cuadro comparativo que da cuenta de dichos cambios curriculares, como reflejo de la Reforma orientada al nuevo modelo de atención.

Cambios curriculares alineados al cambio de modelo de atención

Dimensiones del Cambio del Modelo de Atención	Doctor en Medicina Facultad de Medicina UDELAR Plan de Estudios 2007	Licenciado en Enfermería Facultad de Enfermería UDELAR Plan de Estudios 2016	Doctor en Odontología Facultad de Odontología Plan de Estudios 2011
Estrategia de APS Renovada	<p>Los ejes de APS atraviesan todo el esquema curricular.</p> <p>Se introduce en forma temprana al aprendizaje en APS sin esperar a los ciclos clínicos, incorporando desde el inicio la visión comunitaria.</p>	<p>Orientación curricular basada en la renovación de la APS, reconociendo y facilitando el papel en la promoción de la salud, equidad y del desarrollo humano.</p> <p>Se privilegia la atención integral, que implica acciones de promoción de la salud, de prevención, protegiendo de riesgos específicos, contribuir al diagnóstico precoz de enfermedades y su oportuno tratamiento, es decir, con fortalezas en cuanto a la estrategia de OPS.</p>	<p>El perfil del graduado tiene como campo de acción principal la <i>“promoción de la salud, la prevención, la asistencia y el control de la problemática más prevalente, el reconocimiento y la derivación de la alta complejidad y la gestión de los recursos humanos necesarios para la atención de la salud bucal, a través de abordajes individuales y colectivos en una red de servicios con una estrategia de APS que priorice el primer nivel de atención.”</i></p>
Desarrollo del Primer Nivel de Atención	<p>Se contempla la inserción del estudiante a nivel comunitario al inicio de la carrera, otorgando mayor cantidad de espacios docentes en el primer nivel de atención.</p> <p>El estudiante cumple una función adscripta a una determinada área geográfica y población de referencia predeterminada, ya sea formando parte de instituciones asistenciales o en forma independiente.</p>	<p>Se favorece la incorporación del estudiante en experiencias intra y extra hospitalarias que le permita al estudiante ir asumiendo aspectos del rol de enfermería en el primer y segundo nivel de atención.</p>	<p>Dentro de la estrategia de APS, un pilar de la formación pre profesional es la práctica odontológica desarrollada en los servicios y en la comunidad, permitiéndole al estudiante conocer la realidad social, económica y cultural de la comunidad en la cual desarrolla el servicio, además de la realidad epidemiológica.</p>

<p>Equipo de Salud del PNA Interdisciplinario</p>	<p>Se hace énfasis en el aprendizaje grupal con el objetivo de preparar al estudiante para el trabajo en equipo.</p> <p>El título intermedio favorece un perfil profesional integrado al equipo interdisciplinario de salud.</p>	<p>Se fortalece el concepto de formación integral del estudiante, en base a inter y multidisciplinariedad, con mayor énfasis en la flexibilidad y articulación de las funciones enseñanza, investigación y extensión.</p> <p><i>“Investiga problemas específicos, desarrolla el pensamiento científico de su campo disciplinar e integra equipos que abordan temas interdisciplinarios.”</i></p> <p>La formación está orientada a crear y desarrollar capacidades y hábitos para pensar y razonar en los términos de las ciencias y las técnicas respectivas, con el fin de actuar interdisciplinariamente y/o transdisciplinariamente. <i>“Aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a vivir juntos y aprender a ser”.</i></p> <p>La evolución conceptual de la transdisciplinariedad es inseparable de la vinculación de las disciplinas, en busca de lo que hay entre, a través y más allá de todos los campos disciplinarios.</p>	<p>Se avanzó en los procesos de integración disciplinar y de la articulación entre la teoría y la práctica profesional, tanto en el plano curricular de la enseñanza como en su evaluación y en lo que respecta a aspectos vinculados con el trabajo interdisciplinario.</p>
	<p>Se otorga al estudiante, luego de cuatro años un título intermedio de Técnico en Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades.</p> <p>Se privilegia la formación más vinculada al trabajo comunitario y con capacidad para</p>	<p>Se establece en forma temprana la experiencia práctica que se organiza en niveles crecientes de complejidad de atención con énfasis en el concepto de promoción de la salud.</p> <p>El perfil profesional incluye competencias dirigidas a la promoción y protección específica</p>	<p>Dentro de los principios que orientan la formación, se define la atención odontológica <i>“desde un enfoque de promoción de la salud, desarrollando acciones educativas, preventivas y asistenciales para fomentar, conservar y/o restaurar la salud de las personas. Coloca al paciente en el centro del</i></p>

<p>Énfasis en la Promoción de la Salud y la participación social.</p>	<p>trabajar en promoción, prevención y cuidado integral de la salud.</p> <p>Mayor vinculación a las personas, las familias y los grupos sociales donde estos viven. Se propone escenarios de aprendizaje que permitan un verdadero intercambio con la comunidad para identificar necesidades, priorizar problemas sanitarios y formular planes preventivos y de promoción.</p>	<p>a las personas de acuerdo a los antecedentes personales, familiares, sociales y comunitarios.</p> <p>El estudiante <i>“adquiere competencias para integrar equipos de trabajo interdisciplinarios, con vocación de protagonismo y liderazgo para propiciar cambios y facilitar procesos de participación social.”</i></p>	<p><i>proceso de atención y fomenta su participación activa durante todo el proceso.”</i></p>
<p>Conformación de Redes Integradas de Servicios de Salud*</p>		<p>El estudiante adquiere competencias para la toma de decisiones que garanticen la continuidad e integralidad del cuidado, en todos los niveles de complejidad del sistema.</p>	

VIII. Reflexiones finales

Los servicios universitarios que integran el área salud de la UDELAR han realizado un esfuerzo importante para acompañar los cambios propuestos por la reforma sanitaria iniciada en el país hace más de diez años. En particular, respecto al cambio del modelo de atención, algunas facultades llevaron adelante cambios curriculares en las carreras de grado que imparten. En todos los casos, en mayor o menor medida, se evidencia el propósito de incluir en sus planes el tratamiento de aquellas dimensiones sustanciales del cambio de modelo de atención, con énfasis en el trabajo interdisciplinario y la implementación de la estrategia de APS. El objetivo común explícito de dichos planes es el egreso de un profesional cuyo perfil y competencias se adecuen a las nuevas demandas generadas por la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

Por otra parte, la descentralización de la oferta educativa provocó que el porcentaje de estudiantes que cursan sus estudios en el lugar donde viven aumente, pero la concentración de la matrícula en Montevideo representa un factor relevante para seguir trabajando en este sentido. Debe considerarse, que el objetivo último de la implementación de estas políticas es garantizar el acceso de todos los usuarios al SNIS. De esta manera, se debe planificar la oferta educativa desde una perspectiva nacional, que responda a las necesidades sanitarias de la población.

La problemática de la distribución de los recursos humanos en salud es multi-causal y requiere de una combinación de políticas interinstitucionales que logren generar una mejora en el acceso de los usuarios a los servicios de salud. Planificar la oferta y la demanda de los RHS acorde a las exigencias de cada zona es un desafío trascendental. Es importante entender, a su vez, que la escasez de los RHS en ciertas disciplinas y la inadecuada distribución de los mismos, no es una problemática particular de nuestro país.

La descentralización universitaria puede verse como un proceso positivo que impulsa la democratización de la enseñanza superior a través del fortalecimiento de la oferta educativa existente. Es un proceso que implicó importantes innovaciones para una organización cuyas decisiones y servicios históricamente han estado centralizados en la capital del país.

Si bien la descentralización universitaria tiene entre sus objetivos resolver las inequidades geográficas de acceso a la educación y avanzar en la socialización del conocimiento, podemos decir que a pesar de la ampliación de la oferta de la UDELAR en el Interior del país, muchos estudiantes que inician sus estudios en la UDELAR se matriculan en Montevideo, independientemente de su origen geográfico. Montevideo continúa siendo el destino mayoritario, pero ya no el único, ya que un importante porcentaje de los ingresos a la UDELAR se produce en las sedes del Interior del país.

El departamento con mayor número de estudiantes es Paysandú, seguido de Salto; no obstante, las tasas de crecimiento son mayores en los lugares donde hasta hace poco no había presencia de la universidad, donde el crecimiento es acelerado. Además, los estudiantes que se matriculan en el Interior lo hacen en su región de origen. Podemos decir, que la expansión territorial de la oferta educativa universitaria ha tenido como principal efecto un cambio en la distribución de

los estudiantes en favor de las sedes del Interior, lo que favorece la distribución de los recursos humanos en salud que se forman en su región y permanecen en sus regiones de origen.

El esfuerzo realizado en nuestro país en cuanto a políticas de distribución ha sido muy escaso. Es fundamental en este sentido la elaboración de un paquete de políticas, realizando un seguimiento de la aplicación y medición de impacto de las propuestas en términos de distribución y en términos de mejora en los resultados sanitarios de los usuarios del SNIS.

La política pública debe aspirar a una distribución equitativa de los recursos humanos y no a una distribución igualitaria de los mismos. El objetivo no es alcanzar indicadores de densidad de recursos humanos iguales por departamento, sino considerar las características y necesidades de la población que vive en las distintas zonas del país, para asignar recursos humanos de calidad que respondan de manera eficiente a esas necesidades.

Bibliografía

- Descentralización: “UDELAR convoca a 12.000 estudiantes en el interior del país y ofrece más de 80 propuestas educativas”, publicado el 30 de noviembre de 2017. Accedido el 06 de agosto de 2019, desde <https://www.presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/educacion-marcel-achkar-universidad-UDELAR-egreso-niveles-superiores-interior-Montevideo>
- Más oferta educativa en más sedes: “El 16 % de los estudiantes de la Universidad de la República cursa en el interior del país, hace 15 años lo hacía el 4 %”, publicado el 25 de junio de 2019. Accedido el 26 de junio de 2019, desde <https://www.presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/educacion-universidad-interior-matricula-estudiantes-descentralizacion-colina>
- Ministerio de Educación y Cultura (MEC) Uruguay. Anuarios Estadísticos: <https://www.mec.gub.uy/innovaportal/v/11078/5/mec/publicaciones>
- Ministerio de Salud Pública (MSP) Uruguay (2018) Nuñez, S., Larrosa, A., Langone, D., Oviedo, A. Valli, C. (2018). La Formación Universitaria de los Recursos Humanos en el Área de la Salud. Informe de trabajo interno de la División Evaluación y Monitoreo del Personal de Salud (DEMPESA)
- Organización Mundial de la Salud, (2019) ¿Qué es la promoción de la salud? <https://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/> Accedido el 30 de octubre de 2019.
- Organización Panamericana de la Salud, (2010) Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en las Américas y (Serie la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. N° 4), Washington D.C.
- Organización Panamericana de la Salud, (2007) La construcción de sistemas basados en Atención Primaria de Salud (Serie la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. N° 2), Washington D.C.
- Organización Panamericana de la Salud, (2008) La formación en Medicina orientada hacia la Atención Primaria de Salud (Serie la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. N° 2), Washington D.C.
- Organización Panamericana de la Salud, (2005) Declaración de Montevideo, sobre las nuevas orientaciones de la Atención Primaria de Salud., Montevideo 29 de setiembre de 2005
- ROU Poder Ejecutivo. (1984). Decreto Ley 15.661. Fijación de disposiciones para los títulos profesionales que otorguen las universidades privadas. Recuperado de: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos-ley/15661-1984>
- ROU Poder Legislativo. (2008). Ley N° 18.437, Ley general de educación. Recuperado de: <http://www.impo.com.uy/bases/leyes/18437-2008>

Universidad de la República, Estadísticas Básicas de la UDELAR: <http://www.universidad.edu.uy/>

Universidad de la República, Instituto Superior de Educación Física “Prof. Alberto Langlade”, Licenciado en Educación Física, diseño curricular, 2004. Accedido el 05 de agosto de 2019, desde: <http://isef.edu.uy/wp-content/uploads/2016/04/LEF-DISE%C3%91O-CURRICULAR-2004-A-WEB.pdf>

Universidad de la República, Instituto Superior de Educación Física “Prof. Alberto Langlade”, Licenciado en Educación Física, Plan de Estudios, 2017. Accedido el 05 de agosto de 2019, desde: <http://isef.edu.uy/wp-content/uploads/2017/02/Plan-de-Estudios-2017.pdf>

Uruguay (2008) Ley General de Educación, Nº 18.437, 2008, Montevideo: IMPO. Accedido el 05 de agosto de 2019 en: <https://parlamento.gub.uy/>

Universidad de la República, Facultad de Psicología, Licenciado en Psicología, Plan de estudios 2013. Accedido el 05-08-2019, desde: https://psico.edu.uy/sites/default/files/2016-11/plan_de_estudio_de_la_licenciatura_en_psicologia_2013.diariooficial.pdf

Universidad de la República, Facultad de Medicina, Plan de Estudios, 2007. Accedido el 05 de agosto de 2019, desde: <http://www.bedelia.fmed.edu.uy/nuevoplantestudios.html>

Universidad de la República, Facultad de Medicina, Plan de Estudios, 1968. Accedido el 05 de agosto de 2019, desde: <http://www.bedelia.fmed.edu.uy/plantestudios1968.pdf>

Anexos

Anexo 1. Cuadros resumen de ofertas educativas del área de la salud

Tabla 5. Cuadro resumen de oferta educativa de carreras de grado de la UDELAR

Instituciones	Carreras del Área de la Salud
Facultad de Medicina	Doctor en Medicina
Facultad de Odontología	Doctor en Odontología
Facultad de Enfermería	Licenciada en enfermería
	Auxiliar de enfermería (título intermedio)
Facultad de Psicología	Licenciado en Psicología
Escuela de Tecnología Odontológica (ETO)*	Asistente en Odontología
	Higienista en Odontología
	Laboratorista en Odontología
Escuela de Nutrición y Dietética (EUND)	Licenciado en Nutrición
Escuela de Parteras (EUP)**	Obstetra - Partera
Escuela de Tecnología Médica**	Licenciado en Fisioterapia
	Licenciado en Fisioterapia (Paysandú)
	Licenciado en Fonoaudiología
	Licenciado en Imagenología
	Licenciado en Imagenología (Paysandú)
	Licenciado en Instrumentación Quirúrgica
	Licenciado en Instrumentación Quirúrgica (Paysandú)
	Licenciado en Laboratorio Clínico
	Licenciado en Laboratorio Clínico (Paysandú)
	Licenciado en Neumocardiología
	Licenciado en Neurofisiología Clínica
	Licenciado en Oftalmología
	Licenciado en Psicomotricidad
	Licenciado en Psicomotricidad (Paysandú)
	Licenciado en Registros Médicos
	Licenciado en Terapia Ocupacional
	Técnico en Anatomía Patológica
	Técnico en Anatomía Patológica (Paysandú)
	Técnico en Hemoterapia
	Técnico en Hemoterapia (Paysandú)
	Técnico en Podología
	Técnico en Podología (Paysandú)
	Técnico en Radioisótopos
Tecnólogo en Cosmetología Médica	
Tecnólogo en Radioterapia	
Tecnólogo en Salud Ocupacional	
Tecnólogo en Salud Ocupacional (Paysandú)	
Instituto Superior de Educación Física (ISEF)	Licenciado en Educación Física

*Depende de la Facultad de Odontología

**Dependen de la Facultad de Medicina

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la web del Ministerio de Educación y Cultura (MEC)¹⁹

¹⁹<http://www.mec.gub.uy/innovaportal/v/1626/5/mecweb/instituciones-autorizadas-y-carreras-reconocidas?3colid=583&breadid=583>

Tabla 6. Cuadro resumen de oferta educativa del área de la salud de carreras de grado de la UDELAR en el Interior del país

Centro Regional	Carrera	Servicio Vinculado
Paysandú	Doctor en Medicina	Medicina
	Licenciado en Obstetricia	Escuela Binacional de Obstetricia
	Licenciado Fisioterapia	Escuela Universitaria de Tecnología Médica-EUTM
	Licenciado en Imagenología	
	Licenciado Instrumentación Quirúrgica	
	Licenciado en Laboratorio Clínico	
	Licenciado en Psicomotricidad	
	Técnico en Hemoterapia	
	Tecnólogo en Podología	
	Tecnólogo en Salud Ocupacional	
	Técnico en Anatomía Patológica	
Regional Este CURE Maldonado	Licenciado en Educación Física	
	Técnico en Deportes	
Regional Este CURE Rocha	Licenciado en Enfermería	Enfermería
Nordeste - Centro Universitario de Rivera	Licenciado en Enfermería	Enfermería
	Licenciado en Educación Física opción Prácticas Educativas	Instituto Superior de Educación Física
Salto	Licenciado en Enfermería	Enfermería
	Doctor en Medicina	Medicina
	Higienista en Odontología	Odontología
	Asistente en Odontología	
	Licenciado en Psicología	Psicología

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Estadísticas Básicas de la UDELAR

Anexo 2. Entrevistas**ENTREVISTADO:** Decano Prof. Dra. Raúl Santiago Riva Bernasconi, Prof. Dra. Silvana Blanco**ENTREVISTADORES/AS:** Lic. Sergio Nuñez, Mg. Sandra García, Mg. Ana Oviedo**FECHA:** 2 de octubre, 2019**LUGAR:** Facultad de Odontología-Universidad de la República, Montevideo**OBSERVACIONES:**

- La entrevista fue comprimida en 39 minutos debido a las agendas de los entrevistados.
- Pudieron ser tratados todos los puntos de la pauta de la entrevista.

P: En cuanto a la distribución y disponibilidad de los RHS en nuestro país, particularmente de odontología, ¿cómo evalúa usted este aspecto?, ¿La disponibilidad y la distribución sea la cantidad y cómo se distribuyen?

RR: Bueno, nosotros al ser la facultad Odontología, de la Universidad de la República, está centralizar Montevideo y no tener cedes en el interior, el único el lugar de formación hacia la República, más allá que hay otra facultad de odontología, pero también en Montevideo. Más allá de eso, no nos consta la las matrículas de ingresos anualmente, la presencia de estudiantes en el interior y no tenemos referencias en cuanto a lugares del territorio del país donde haya ausencia de la prestación. Pero a nivel privado de las empresas

SG: no surge la pregunta está orientada a si existen y están disponibles o como vemos que los profesionales ya formados no la oferta educativa.

RR: No lo digo porque podría haber otros centros de la universidad u otros que no pudieran sostenerlo. Los números exactos. Lo que sí, nosotros somos los formadores de recursos humanos en odontología en el país, más del 90 por ciento de eso, por lo que es la matrícula de la privada, que es muy menor.

Es decir, los recursos humanos en Odontología salen de la Facultad de Odontología de la República de la Universidad de la República.

SG: ¿Qué opinan ustedes en cuanto a cómo están distribuido para satisfacer las necesidades de la población de nuestro país?

SB: Nosotros en si con respecto a la distribución. La facultad no tiene un acompañamiento, básicamente la distribución en el egreso. El lugar donde nosotros manejamos, cuando se necesita puntualmente la información de la distribución, lo hacemos generalmente a través de la caja profesional, porque fundamentalmente la inserción de los odontólogos, digamos, ¿Dónde podríamos tener la fuente de esos datos?, en la medida que no hay un proceso de acompañamiento de los egresados en ese sentido.

Después les podría decir, porque había alguno acá en facultad. Del punto de vista más formal la caja de jubilaciones, es donde está establecido el número de profesionales que hay en cada departamento y además, cuántos efectivamente están haciendo ejercicio. Con respecto al ejercicio liberal. Porque también los datos, esos tienen una cierta variabilidad.

Hasta hace poco tiempo esos datos eran de acceso público sin problema, ahora simplemente hacer una consulta expresa a la caja de jubilaciones, ya que esa información es, del otro punto de vista, el otro espacio. Donde estaba esa información es en las asociaciones profesionales que también tienen sede tienen intereses.

Tenemos dos tipos una que es la Federación Odontológica del interior que tiene los datos y que son los que normalmente nos proveen los datos y cuando la necesitamos, nosotros tenemos también representantes en el Consejo de Egresados del Interior y la Asociación Odontológica Uruguay, que cubre a todo el país. Este sería el segundo espacio y después la propia facultad de odontología si tiene una escuela graduados en la que tiene un espacio donde tiene el registro de las formas de comunicarse en el interior de los odontólogos que están distribuidos en el interior del país.

En este momento no podemos tener los datos. Lo que nunca hubo hasta ahora un reclamo en relación al número de odontólogos del punto de vista profesional como una dificultad en algún departamento en particular. Pensándolo así, como reclamo más formal, una solicitud. Pero está muy relacionado. Todos estos datos al ejercicio profesional. Sin duda.

Después, lo que sí tenemos claro, porque existe además un documento que se hizo entre la Facultad de Odontología, el Ministerio de Salud Pública y ASSE, para organizar un trabajo entre el 2015 2020, donde desde ASSE que es el principal prestador del sector público y donde hay una inserción de los profesionales. Habla que el número en todo el país no era suficiente; el volumen de usuarios que tienen con respecto al de número de odontólogos y por las cargas horarias, explica, en ese caso no parecía ser suficiente. En el país.

SG: En cuanto a las necesidades sanitarias de la población? Sí, particularmente lo vinculado a la odontología. Qué mecanismos o qué es lo que hace la facultad para acompañarlo para contemplar estos cambios que tienen las necesidades sanitaria en la oferta educativa y en los planes de formación?

RR: La facultad ha venido a una dinámica de ajuste de sus planes de estudios casi cada 10 años a partir del 2001. Tenemos el Plan 2001, el Plan 2011 y pienso que en muy poco tiempo más tendremos que hacer algún ajuste. En el último plan de estudios, en el 2011, la elaboración y diseño del plan de estudio tuvo a su consideración el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud, sabiendo que el perfil al egreso de nuestros estudiantes debería de estar alineado con esa mirada de la posibilidad de integrarse al equipo de salud y al Sistema Nacional Integrado de Salud. Y en segundo lugar, y algo que creo que es, creo yo, tengo la convicción de que es una fortaleza de nuestro plan de estudio. Es que la Facultad tuvo la oportunidad de poder hacer un diseño curricular atendiendo a una fotografía del sistema de la situación de salud de la población a través de realineamientos epidemiológicos que en vez de haber sido realizado por el Ministerio de Salud Pública, lo hizo la facultad. Se relevó a todas las patologías más prevalentes de la odontología relacionadas a salud bucal en todo el país. Eso nos dio números de un perfil epidemiológico discriminar y entender qué debería decir del primer nivel de atención y de la formación del generalista. Y hemos ajustado la currícula de grado hasta el punto de que atiende en el nivel de generalista el primer y segundo nivel de atención en las patologías más prevalentes. Eso es una gran fortaleza. Decir el egresado de Facultad de Odontología Plan 2011, que es el vigente, está preparado para la realidad sanitaria, bucal del país. Para el nivel de generalista y se avanza siempre un poco más porque los contenidos de aquellos que los tienen

también, pero algunos pueden llegar a ser de tan baja frecuencia o patologías no frecuentes ni raras que tienen formación para sospechar, reconocer, derivar a especialista, pero para enfrentarse a ella y saber qué hacer, pero de manejo para el primer nivel de atención. Y segundo, y para la habilidad sanitaria del país,

SB: Y nosotros tenemos relevamientos que reflejan la situación nacional y dependiendo de las patologías que tenemos, seguro de todo el panorama de Montevideo y en algunos casos tenemos el interior como en su conjunto. De todas formas, algunas de los relevamientos son del año 2011. Estaríamos en breve teniendo que pensarlo relevamiento de corte nacional. La recomendación es que sea cada diez años.

Creo que el señor Decano señala algo muy importante que fue un relevamiento a iniciativa de la universidad, cuando lo que es aconsejable la Organización Mundial de la Salud es que sean parte del Ministerio que tenga el rol protagónico. Tengamos el ejemplo de Brasil que eso, es así.

En realidad por la ausencia de alguna forma de datos a nivel nacional es que la universidad se embarca poniendo muchísimos recursos económicos y financieros para hacer esos trabajos. Entonces, También nos parece que hay una situación que fue como cubierta por la universidad. Recibimos el auspicio del Ministerio y algunas otras organizaciones, pero ya que estamos conversando esto, creemos que en la progresión y en la alimentación del monitoreo de los datos y de la necesidad de tratamiento de la situación de salud bucal de la población. El Ministerio debería ser el que liderara ese tipo de reglamentos como lo hace en otras en otras áreas.

SG: Nosotros teníamos prevista una pregunta, pero ya ha salido el tema del cambio de modelo de atención. Yo lo voy a formular igual como la teníamos planteada, y ustedes quieren agregar algo lo agregar y Si nos pasamos a la siguiente pregunta,

¿En qué medida el cambio de modelo de atención propuesto en la reforma del sistema de salud que creó el SNIS y que implica, entre otras cosas, un enfoque orientado a la promoción y prevención, se verá reflejado en los planes de estudio de las carreras de facultad de Odontología. Creo que ustedes ya han recorrido con la respuesta anterior un poco de esto, pero si quieren agregar algo les dejamos el espacio,

RR: Creo que sí, que la respuesta está dada, está en nuestros egresados, preparado para integrarse.

Lo que desde la facultad sentimos es poder tener una integración más plena. Ahora tenemos una jornada que se está organizando. Creo que va a ser en el edificio del Poder Ejecutivo de los 10 años del enfoque de la asistencia integral de la salud, donde sentimos que todavía falta para poder decir estamos festejando una presencia más fuerte de la odontología en el sistema. De haber visto los PIAS como se diseñaron y se enumeraron en su comienzo, en algunas cosas más que en la evolución histórica del sistema, en vez de haber ido creciendo en algunas cosas se ha bajado en vez de aumentar la integración.

Pero seguramente si esto busca una aumentar, como fue lo que nos plantearon en el principio, la presencia de la odontología en el sistema es seguramente van a encontrar egresados de la facultad plenamente preparados para eso.

SG: En opinión de ustedes, qué efecto tuvo el anti centralización de la UDELAR en la oferta educativa en el área de la salud y particularmente en Odontología? ¿Cómo se vivió ese proceso?

RR: Odontología en la descentralización de la Universidad de la República. Tuvo una presencia temprana.

Fuimos del Área de la salud, creo que el primer servicio que estuvo presente y que era en Rivera, con la carrera de asistentes higienistas, recordamos que en aquella época, cuando se estuvo negociando la presencia y hubo una cierta participación, la preocupación institucional, que si bien el cometido de formar y luego nuestro egresado ir al ambiente laboral, había habido un compromiso de salud pública de integrar, por ejemplo, a egresados de asistentes higienistas en una primera y cosa que no fue efectiva, y aún hoy vemos que nosotros dictamos cuatro carreras en la carrera de Odontología; Asistente en la Odontología, higienista en Odontología y laboratorista en Odontología y formamos recursos humanos que no están siendo requeridos por el sistema. Sí, más bien el desarrollo de esas carreras están a nivel privado, que es donde se desarrolla mayormente la odontología del país. Pero no hay inserción de esas carreras en el sistema. Eso hizo hasta estar presente en la Regional del Norte. En Rivera tuvimos unas cuantas cohortes de egreso. Creo que llegamos a cerca de 30 titulación no sé si son tal cual están los números, pero con no quiero decir si, pero con una muy baja inserción laboral.

Luego hubo una Experiencia en el área de Salto Paysandú. Ahí ya encontramos las dificultades que justifican por qué no está la presencia de la formación del doctor de Odontología en el interior. Y es, por un lado, la necesidad de entender la Facultad de Odontología como que su aula tiene un formato de una clínica asistencial. Entonces, si yo planteo la presencia de la Facultad Odontología en el interior del país, no tengo lugares de prácticas.

¿Por qué, no tenga lugares de práctica?, porque el Sistema Integrado de Salud integrar a la odontología plena. Yo tendría los servicios asistenciales, de los prestadores públicos, de los prestadores privados para que hagan el desarrollo de las destrezas y la formación para hacer la asistencia de Odontología y No existe. Sí podríamos formar en el área de la puerta de urgencias un hospital o de extracciones o lo que sea incorporado en los PIAS de la priorización del niño y la embarazada. Pero eso no es toda la odontología. No tendríamos cómo formar a nuestros egresados. Entonces la Facultad de Odontología en Montevideo me pide mostrar un aula y se lo voy a llevar a un lugar o decir pero esto es un servicio de asistencia. Lo que pasa que nosotros hacemos la enseñanza desde la asistencia. El estudiante tempranamente entra a la clínica en segundo año, con un monitoreo muy cuerpo a cuerpo del docente, con una selección del nivel de complejidad de lo que aprende, pero aprende sobre la persona humana y eso es el aula en odontología

Eso hace que, a diferencia de otros servicios universitarios de la universidad, a nosotros un incremento de 30 estudiantes en la matrícula configura la masividad. En otras facultades la masividad se les configura cuando les entra a mil más, pero lo pueden solucionar con videoconferencia por otro tipo formato de la enseñanza. Nuestro formato de la enseñanza es a través de la asistencia en un módulo que es igualito a un consultorio odontológico. Entonces tenemos 250 equipos odontológicos, Pero tenemos que ver cuál es el número de segundo a quinto, estudiantes, Yo calculo que debemos mantener el área química cerca de 500. Entonces tenemos tres turnos. Nosotros damos todas las carreras en el formato diurno y nocturno. Tenemos matutino, vespertino y nocturnos, con equipos odontológicos funcionando arriba de 12 horas por día. Entonces, cualquier incremento en un formato de enseñanza desde la asistencia, eso costó hasta que la propia universidad entendiera. A veces Nosotros nos

presentábamos a llamados a equipamiento y decían pero eso es para la asistencia y entender, pero no es el aula en la existencia. Y esa es una gran dificultad para descentralizar la odontología al interior, porque no tenemos lugares de práctica y eso fue el motivo para que recientemente retiráramos también la presencia de la formación y asistencia higienista, porque no teníamos lugares de práctica. Es decir, una asistente tiene que asistir a las especialidades, tiene que saber formar, preparar una mesa para un cirujano, para un ortodoncista, para un endodoncista, para un periodoncista, para todas las especialidades y en el interior podían hacer una práctica en la puerta del hospital, donde capaz que tenía uno o dos sillones odontológicos y lo único que se hacían en extracciones, promoción de la salud. Entonces se titulaban sin saber armar la mesa para un cirujano buco maxilofacial, para un ortodoncista. Entonces, la gran dificultad de la descentralización de la odontología en el Uruguay, los lugares de prácticas.

¿Cuál podría ser una veta de proveer esa posibilidad que descentralice la universidad en odontología? Que el Sistema Nacional Integrado de Salud, incorporado a la asistencia integral de la odontología y vamos a tener en todos los departamentos servicios de prestadores públicos o privados, con lugares de prácticas naturales para que vayan nuestros egresados entonces queda, siguiendo y con una perspectiva que dependerá también del sistema de que esto se abra en el futuro. Pero la realidad es esa.

SB: Si, también muy asociado a esto, ¿Cuáles son las prestaciones? Las prestaciones que se ofrece el sistema son tan acotadas desde el punto de vista de la propia integralidad de lo que es la asistencia a la salud bucal, que en realidad son mínimas. Entonces, si un odontólogo se capacitará solamente para saber hacer extracción por ejemplo en la práctica, de hecho una de las prestaciones más que se hacen en la población adulta tampoco estaríamos garantizando la atención de la población en general.

Lo que sucede es que la población en este momento se está arreglando de alguna forma, para recibir ese servicio, con el pago de su bolsillo, pero no es algo que se esté ofreciendo, lo que sí pasa en todas las especialidades médicas donde es posible encontrar eso y es posible realizar esa descentralización.

AO: Si esa situación de apertura que ustedes plantean que un campo de práctica pudiera ser en el interior tanto hospitales o en el sector privado. Ahí tenemos el campo de práctica, tendríamos los estudiantes, pero ¿hay capacidad docente para llevar adelante esa clínica, como se hace en Montevideo?, en el interior o también en parte de otra estrategia

RR: Pero ahí en la Universidad de la República hay políticas, Es decir, si bien la política actual de la República en el interior no es reproducir experiencias de Montevideo, sino nuevas ofertas y posibilidades de la presencia, no solo de reproducir odontología en el norte, reproducir abogacía, porque también de acuerdo a la población objetivo. Capaz que a la universidad, en ese sentido, con estructuras tan costosas como es establecer un edificio para enseñar odontología en el interior, es más económico becar y si ponderar otras formas de enseñanza y no carrera. Eso forma parte más bien de una política universitaria en donde la universidad está embarcada.

Es decir a la universidad, en este momento no está diciendo me descentralizó para llevar todo lo que tengo a Montevideo, sino para crear nuevas carreras que estén en línea también con las posibilidades de tal vez en todo lo que el desarrollo agropecuario, en el medio ambiente, en diferentes áreas que tampoco tenemos en Montevideo, pero es el lugar ideal allí, porque allí es

donde está el recurso que se requiere para formar e iniciar la especialidad. Pero de todas maneras sigue el ejemplo de que se reproducen y hay estímulos a la radicación de docentes en el interior con condiciones especiales que favorezcan la decisión del docente de ir a radicarse al interior.

Eso está muy aceitado y la Universidad de la República lo tiene dentro de sus políticas de apoyo a la presencia en el interior. Es decir, ese no sería el mayor problema.

SG: ¿Qué proyecciones o planes tienen para seguir trabajando en esta línea? ¿Que tienen como proyectos o planes de formación? Cambios. Hablábamos hace un momento de un posible cambio de planes orientado. ¿Qué características podría tener?

RR: Eso en parte, yo había ingresado en el tema y luego lo cerró muy bien la profesora Blanco. El hecho de que seguir los criterios de cuánto y por cuánto tiempo, los números que reflejan la realidad sanitaria de un país son vigentes, hacen a hacer la vigilancia. Es decir, uno ha tenido hasta el interés de poder, no solo haber hecho el relevamiento que, como decíamos los dos, hubiese sido ideal que se hiciera del medio natural que se hiciera, pero también embarcarnos en un camino de la vigilancia epidemiológica, que es tener la atención permanente en la problemática, monitorear y ver qué ajustes hay que hacer. Entonces estamos cerca no solo por el ciclo de modificaciones de o por nuevos planes o por ajustes. Tal vez nosotros estamos más cerca de tener que hacer ajustes que diseñar nuevos, porque estamos en una, en una estructura de un plan de estudio que está muy acorde a cuáles son las líneas de la enseñanza universitaria. Lo que en la dinámica de la problemática, especialmente del área salud, hay que estar muy atentos a es que lo que pasa en la población por la vigilancia y el ajuste de los datos. Nosotros estamos atentos a esos temas. Estamos con fortalezas en el último plan de estudio que incorporó elementos que no estaban en anteriores, como es la flexibilización, la posibilidad de tránsitos transversales y la academización del perfil de egreso; ya que en el último de los planes de estudio se incorporó le llamamos Tesis, pero el trabajo final de carrera, donde obliga al estudiante en su formación de grado ir a la fuente a elaborar un documento académico y que eso coopere también en el autoformación de educación permanente de un profesional que tenga la capacidad de formarse, pero apoyando a la capacidad necesaria que todo universitario tiene que tener de auto formarse porque no necesariamente tiene que estar en el aula. Hay que darle los instrumentos para poder seguir la evolución del conocimiento científico.

Tenemos una escuela de graduados que ha crecido exponencialmente en sus ofertas. Hoy tenemos además cuatro títulos de grado. Tenemos nueve carreras de especialidad en todas las áreas de la odontología, donde se atiende el nivel de máxima complejidad y también de refuerzo de la formación académica. Tenemos maestrías propias con cuatro énfasis de egreso, y tenemos ya a partir de este año se acaba de votar, es decir, se comienza el doctorado en Ciencias Odontológicas.

Todo eso genera una comunidad académica formada no sólo para transmitir, sino también para generar el conocimiento.

Es esto para la odontología que nos podemos hace 90 años estamos, este año cumplimos los 90 años como facultad, llegando a niveles que dijimos, bueno, ya no solo enseñamos con responsabilidad a través de la luz de la investigación científica y de la evidencia. Ahora también estamos generando conocimiento. Quiere decir que la preocupación institucional es muy activa,

fermental y celosos de productos. Se puede decir algún de alguna manera a lo que es el nivel de formación de nuestros egresados y con la expectativa de estar en el sistema.

SB: Podría ser que sí. Parece que a mí me parece que queda registrado que fue lo primero que dijo el decano cuando empezamos a hablar que también nosotros estamos siguiendo parámetros por lo menos regionales en términos de formación, para eso también existe una actitud de la facultad de proponerse voluntariamente a los sistemas de acreditación de, de hecho nosotros participamos en la elaboración general de los indicadores, de lo que haría una calidad de la carrera. Nuestra carrera está acreditada con los parámetros del Mercosur. Entonces también nosotros nos estamos mirando la situación del país, que creo que es un poco, sobre todo lo que dijo el decano, pero también estamos atentos a lo que es lo que está pasando en la formación de los odontólogos en esa carrera y lo otro que también es importante respecto a la pregunta me parece que también la facultad tiene una actitud muy proactiva de tratar de buscar comunicarse y dialogar con el ministerio, con ASSE participando en las actividades que nos han convocado, sea para poder discutir entre, digamos, en diferentes y en general lo ha hecho la universidad. La facultad también se ha convocado para diferentes temas de ASSE para discutir el tema de situación de salud cuando se han convocado actividades.

La facultad también ha participado institucionalmente. Además, por ejemplo, cuando el Ministerio de Salud Pública queda sin director del programa Salud Bucal, el Consejo de la Facultad Odontología manda una nota solicitando, teniendo la posibilidad de entender qué pasaba con esa situación. Creo que haya una actitud proactiva de vinculación con las autoridades. También tenemos esa inquietud o ese interés. Por ejemplo, en la facultad de un poco maxilofacial, que en realidad es un centro de referencia por la vía de los hechos, para que para ese tipo de especialidad, concretamente, creemos que este es un espacio que también debería tener una mayor articulación en el sistema y tampoco, de hecho, ya hemos participado en estas reuniones junto con el Ministerio. Creo que la Facultad de Odontología ha ido teniendo también esa esencia, siendo proactivo y también buscar estrechar los vínculos junto con, el Ministerio de Salud Pública que es el rector del sector salud.

SG: Gracias por la acotación, porque no había quedado registrado.

Bien, por último, quizás es una pregunta como de cierre, así como la tenemos planteada y ustedes ya fueron diciendo muchas cosas sobre esto que voy a preguntar.

Pensando en la planificación de las políticas de salud del ministro de Salud y puntualmente en la propuesta de incluir las prestaciones odontológicas en el Plan Integral de Atención (Pías), la Facultad de Odontología puede responder a esta demanda?

RR: Si, no sólo puede, está preparada y lo está pidiendo, es más, hasta ha habido manifestación de la facultad de ser reconocida como prestador del sistema integral de salud, integrarse al sistema con su clínica, que seamos parte del Sistema Integrado de Salud. Tenemos la infraestructura, la Facultad de Odontología. Por más que, defendemos el concepto de aula asistencial, que no somos un servicio porque no somos reconocidos ni por el ministerio como un servicio. Si vamos al registro de Ministro de Salud Pública, no estamos registrados como un servicio de salud. La Universidad de la República nos reconoce como, donde se enseña a ser odontología y en vez de hacerlo como en algún país del mundo, a través de fantomas y

simuladores que entrar en la boca del paciente, sea un curso de posgrado. Acá lo tenemos en el segundo año de la carrera, pero esa infraestructura de que el sistema tome a la facultad de odontología como un servicio asistencial, formando parte del prestador de asistencia de salud, está incorporando al principal y más grande servicio de salud de odontología del país con 250 unidades odontológicas con formato invitar a ver una de las tiendas. Ejemplo. Tenemos el mejor tomógrafo diasconico del país. El servicio de prótesis maxilofacial que atiende a las mutilaciones oncológicas de cara y por factores también traumáticos, donde somos únicos centro de referencia y estamos esperando que el Ministerio abra aspirantes nos vamos a presentar a ser centro de referencia en prótesis buco maxilofacial y están fuera del sistema esos pacientes , vienen acá y a veces solo tienen para un boleto de ómnibus y vienen sin media cara y acá con implantes con materiales que los desarrolla la odontología se imita un ojo, la nariz, la boca, la cara y hay hasta prótesis somáticas. Salimos del área de la cara, eso lo puede ofrecer al Sistema Nacional Integrado de Salud, con el Ministro Basso ya hemos tenido reuniones a lo que hoy refería Blanco y estamos esperando, porque ya el ministerio dijo que cuando se haga el llamado a centro de referencia, nadie va a competir con ustedes, porque nadie lo hace. Tenemos servicio de Anatomía Patológica, que le damos no solo sustento a nuestras clínicas, sino también vienen biopsias de ASSE del interior del país, de consultorios privados y de prestadores privados, es realmente el principal servicio de asistencia, así que es como una fortaleza muy grande, Si estaremos capacitados.

SB: Me parece que una cosa que nosotros hemos preparado. Que hay? La facultad está preparada para participar del sistema nacional integrado, pero nosotros también, como exigir un poco más. Creemos que también lo que se tiene que transformar es todo, porque nosotros estamos acá en Montevideo y nosotros creemos que realmente lo que es la transformación del PIAS es algo que nosotros en parte vamos a responder. Pero lo que es importante, y eso también estaba en ese documento 2015 2020, que va a haber que tener más recursos humanos para poder desarrollar, que son del propio prestador público, pensamos incluso sería bueno que las personas que están en el sector público merecen recibir una atención integral en salud bucal, de la misma forma que lo que le pueda recibir el que lo hacen en el sector privado. Y qué es lo que no está contemplada en el PIAS necesariamente la gente no tiene que pagar de su bolsillo. Entonces se generan situaciones de inequidad, porque seguramente la gente que tienen mayores recursos son las que puedan estar accediendo a una odontología integral y el resto, la gente que está en el sector público no tiene esa capacidad de compra en el mercado, No lo puedo recibir. Entonces que realmente eso está incluido y la facultad puede colaborar como prestador y como servicio Nos Parece que sí, pero también tiene que haber por lo menos, Me parece que es muy importante esta idea, mirando hacia los recursos humanos para poder atender todas esas cosas. No van a ser nunca suficientes. Sólo nosotros podemos ser colaboraremos y porque podemos capacitar además a las personas, porque lo estamos haciendo para que cuando puedan insertarse en el sistema lo hagan, como pasa con el resto de los profesionales, como pasa con los que tienen un lugar dentro del sistema para poder trabajar. De hecho, los informes que ustedes traían y que yo estaba mirando e igual el desglose final esta, pero odontología figura como además donde usted tiene información para medicina e información para enfermería. Después son otras profesionales de la salud. Eso de alguna forma también no permite tener mucha claridad con respecto a cuáles son los recursos donde están y que de alguna forma esa información sea más pública que podamos, porque esa información la tienen. Yo lo que quiero decir es que nosotros, como yo, entiendo que la facultad puede

colaborar sobre todo y siempre va a colaborar porque capacita y forma a los profesionales que el país necesita, Porque creo que es así, tiene ese perfil, es una característica de este perfil de egreso. Entonces eso va a estar dado y también tiene una muy buena estructura para poder colaborar. Creo que es seguro que la odontología sea completa prestadores, lo cual la facultad en conjunto con nosotros que son necesarios.

RR: A manera de ejemplo de lo que hoy incorporan los PIAS y que están en los prestadores públicos y privados, tal vez los perfiles de nuestras carreras de egresos en las especialidades. No me consta que en todos los lugares que están necesitando un odontopediatra se exija el título odontopediatra que lo tenemos, o que se exija el título de cirujano maxilofaciales que lo tenemos.

En ese sentido, también la facultad está dándole al sistema perfiles de formación más allá de las necesidades formación para el primer nivel que deberían también ser reconocidos. Si hay algo que nuestros egresados que nos piden o nos reclaman es bueno, pero ustedes ofrecen, los capacitamos, pero habría que exigir al sistema que también si se reconoce la especialidad para generar una carrera que después tenga los requerimientos desde el sistema, reconociendo que si se avanza en los PIAS y en los niveles de atención, va a llegar un momento donde esté claro de que la facultad está preparada y ha dado profesionales egresados para afrontar esos niveles que deberían, así como para el generalista exigir está inscripto en Ministerio, tener un título de grado para cuando se lleguen a niveles más avanzados de prestación. La facultad ya está dando nueve títulos de especialidad que abarcan el espectro total de alta complejidad.

Por eso yo decía que institucionalmente le estamos dando respuesta al sistema antes que el sistema las está ofreciendo. Es decir, si llegara el hipotético momento, de qué recursos hay, con la odontología que les está formando los recursos humanos para el nivel que el país y su potencial económico le permita abordar a darle a su población. La odontología no viene de atrás. Al contrario va de adelante, en ese sentido sí creo que es algo que nos permite decir con orgullo decir no vamos a atrás en la carreta donde estamos tirando de adelante, avance del sistema. La odontología está en condiciones de decirles a las políticas públicas de salud. Los recursos humanos para llegar a otros niveles de compromiso con la sociedad están porque la Universidad de la República, los forma están formando.

AO: Cómo es la relación entre la facultad pública con la privada, ¿Tienen espacio de trabajo en conjunto o no?

RR: En conjunto trabajo no y es un hecho. Desde mi posición personal, la presencia y en todos los ámbitos de la competencia hace que uno que es un estímulo para la interna, luchar para ser mejores. Dicho de forma muy coloquial y es que los niveles de egreso que tiene son muy menores.

Nosotros tenemos matrículas de ingreso entre las cuatro carreras que pueden superar los 500 ingresos anuales contra Capaz que no llegan a una docena o en los mejores momentos a 20. No es significativo desde el punto de vista de la formación de recursos humanos para techadas, pero de ahí a tener programas conjuntos no tenemos.

ENTREVISTADO: Decano Dr. Prof. Miguel Martínez y Prof. Dr. Henry Cohen

ENTREVISTADORAS: Lic. Ana Larrosa y Mg. Sandra García

FECHA: 30 de setiembre, 2019

LUGAR: Facultad de Medicina-Universidad de la República, Montevideo

CONSIGNA:

Somos de DEMPSA de JUNASA/MSP y estamos elaborando un informe sobre la formación de los recursos humanos en salud de nivel universitario, la adecuación de los planes de estudios al modelo de atención y el efecto que la descentralización ha tenido sobre la distribución de los RHS. Esta entrevista tendrá una duración aproximada de 50 minutos, hasta un máximo de 60 minutos. Le solicitamos autorización para grabar, para poder reflejar fielmente sus opiniones. Muchas gracias por su tiempo.

OBSERVACIONES:

- La entrevista fue comprimida en 26 minutos debido a las agendas de los entrevistados.
- Pudieron ser tratados todos los puntos de la pauta de la entrevista.
- Los entrevistados también realizaron una grabación de audio de la entrevista.

DESGRABACIÓN:

P: En cuanto a la distribución y disponibilidad de los RHS en nuestro país, ¿cómo evalúan ustedes estos aspectos?

R MM: Dos aspectos a resaltar acá, cuando hablamos de facultad de medicina estamos hablando no solo de la formación de médicos, sino, que la facultad de medicina tiene en su estructura la formación de tecnólogos y de parteras. O sea que entonces, las realidades van a ser bastante diferentes en un sentido y otro y los esfuerzos también han sido diferentes. Entonces, estamos hablando de una facultad de medicina, que tiene cuando decimos tecnología médica, por ejemplo, tiene la misma cantidad de alumnos que se inscriben en la facultad de medicina para hacer los cursos en la facultad de medicina. Entonces, estamos hablando de 5 o 6 facultades de ciencias de la salud de la que Uds. están hablando. Si contemplan la situación de odontología, si contemplan la situación de la facultad de enfermería, ellos más o menos, entre los dos juntos no sé si llegan en el nivel de cantidad de formación. Para poner un número entonces, nosotros este año, la inscripción en medicina fue de 2100 y algo.; la inscripción de tecnología médica en realidad fue superior, pero ellos tienen cupos limitados en algunas carreras lo cual hace que estuvieran cerca de los 2000 inscriptos y la inscripción a nivel de parteras fue de 300 y algo. Digo esto, para dar una idea de que entonces no es lo mismo. Esa distribución y esos cursos se distribuyen de forma despareja en el Uruguay.

P: En realidad la primera pregunta más que de hablar de los estudiantes y de los ingresos, va más a los graduados, a los profesionales, que opinan Uds. respecto a la disponibilidad?

R HC: Disponibilidad de médicos tenemos, en realidad en Uruguay se forman una buena cantidad de médicos, la distribución que tu decís, es un tema del que yo sí puedo opinar, la distribución de médicos en Uruguay es conocida por la famosa disyuntiva sobre el Río Negro y norte del Río Negro, por un lado, y médicos generales o médicos de atención primaria versus

especialistas por el otro lado. Creo que hay una mala distribución de médicos en el país. Todo el mundo sabe que hay una mala distribución de profesionales de la salud en el país y cuando más especializado esté más dificultades hay.

R MM: Lo mismo va para los médicos como para los tecnólogos como va para las parteras.

P: Bien, podemos pasar a la segunda pregunta, en cuanto a las necesidades sanitarias de la población, cuando nos ponemos a mirar que es lo que precisa sanitariamente la población, cómo y que hace la UDELAR (facultad de medicina y las escuelas) para contemplar en sus planes de estudio estas necesidades y como es que amalgaman estos dos aspectos?

R MM: Hace tiempo que estamos justamente trabajando en los planes de estudio para poder acercar lo más posible al tema justamente de las necesidades, tomando el país en su conjunto y no solo tomado Montevideo. Es decir, eso es un aspecto, ahora en este momento que es lo que está haciendo, y bueno la facultad esta de alguna manera cambiando su plan o por lo menos cambiando la oferta, estamos queriendo, estamos en pleno empuje de abrir en Salto y Paysandú una carrera completa de medicina, esa es la aspiración que tenemos y luego estamos trabajando para que las diferentes ofertas educativas que existen a nivel del interior del país, por ejemplo Salto-Paysandú, por ejemplo Maldonado-San Carlos, por ejemplo la zona de Rivera que de alguna manera te permita abastecer y lograr los suficientes recursos como para lograr generar carreras, no tanto de medicina (medicina es un proyecto actualmente Salto-Paysandú), pero sí de las demás carreras que tenemos. Eso se está haciendo, lentamente por que no tenemos recursos suficientes como para contratar más recursos humanos, porque no tenemos recursos suficientes como para poder ampliar nuestra red de cobertura en definitiva. Estamos trabajando en eso, estamos yendo prácticamente todos los meses a algún lugar del interior a ver justamente esta realidad, a tratar de ver cómo podemos incidir en ella y que eso se contemple por ejemplo en los planes de estudio, pero no solo en los planes de estudio porque acá el problema es más de distribución de ese estudio y de la posibilidad de adaptar un plan de estudios que sea de alguna manera adaptable, por ejemplo, existe a nivel de toda la universidad un ciclo único común que se está intentando hacer y es el que nosotros estamos implementando ahora en Salto y Paysandú y que se está intentando ahora en Maldonado para ver si podemos instrumentarlo para nuestras carreras, que repito no se trata solo de medicina.

R HC: Quiero complementar que se trata de una resolución profunda de mediano plazo y esperemos que de corto plazo porque sé que se ha avanzado bastante en este asunto, pero también en los últimos años se ha hecho un esfuerzo muy importante por adaptar los planes de estudio a las necesidades sanitarias del país, apuntando específicamente a la pregunta, formando el médico que precisa el Uruguay, el médico que pueda resolver los problemas de los pacientes allí donde están los pacientes, para que sepan cuando tiene que consultar, cuando tiene que atender sus pacientes, es decir, el médico que precisa el ciudadano uruguayo. La facultad de medicina hace unos cuantos años ha cambiado sus planes de estudio para tener ese tipo de médico, creo que esa es una prioridad de la facultad.

R MM: Ya estaríamos casi en la tercera pregunta.

P: Capaz que una pregunta complementaria sería, ¿qué tipo de médico, o que tipo de egresados de las escuelas estamos necesitando? Creo que la pregunta queda clara en el sentido que decía el decano de acercar la formación, descentralizar, y por el otro dar esa mirada al profesional, es decir, que contenidos o que cosas recibe en la formación que lo habilita más para entender las

necesidades sanitarias de la población. Ahora viene, ¿en qué medida el cambio de modelo de atención propuesto en la reforma del sistema de salud que creo el SNIS, en su momento, se ve reflejado en el actual plan de estudios o los planes de estudios de la facultad de medicina?

R MM: En particular, en la facultad de medicina, se hizo un cambio muy importante del plan de estudios y hubo una inversión muy muy muy importante y digo “muy muy muy” por qué en su momento en el Poder Legislativo le asignó una suma de dinero que contemplaba (los cargos duran tres años verdad), contemplaban esos tres años. Lo que se hizo en aquel momento fue gastar todo en la generación inmediata de cargos, eso nos generó un problema que todavía lo tenemos, lo venimos llevando, pero el aporte que ha hecho la facultad de medicina en términos del programa comunitario, del programa de salud comunitaria, yo creo que es el aporte más grande que se ha hecho desde toda la universidad en ese aspecto. El tema es cuál ha sido el impacto real que haya tenido. Nosotros pensamos que ese tipo de esfuerzo si no hay un acompañamiento suficiente es muy difícil de sostener o de mantener. Nuestros planes han sido hacia el interior, por un lado ese, y por el otro lado, no olviden que nosotros tenemos un sistema de practicante interno que sería el de practicante en el último año de la carrera y nosotros como facultad estipulamos que uno de los trimestres que hacen todos los internos tiene que ser en el interior. Y ahora profundizamos y tenemos a su vez las residencias, las residencias son el paso a la especialidad, verdad. Esas residencias obligatoriamente tienen que hacerse, un ciclo de todas las residencias en el interior del país. Sin embargo, esas medidas que han sido llevadas a enorme costo a nivel universitario no han tenido suficiente respaldo. No tenemos, por ejemplo, se da la situación que tenemos cargos universitarios que están haciéndose lugar donde no tenemos una cobertura, donde no tenemos inserción suficiente, bueno porque en los hechos no están dadas las condiciones para que exista. Pero bueno, de alguna manera creo que la contribución de la facultad de medicina al cambio de modelo de atención ha sido enorme. Creo que eso nos ha demandado muchos esfuerzos. La primera generación de egresados del plan nuevo ha sido el año pasado, pero objetivamente estamos en este plan en una carrera de 7 años y estamos hace muchos años invirtiendo en este plan. El tema es que necesitamos infraestructura, es una necesidad la infraestructura para que, para que esos recursos tengan cabida y lugar de formación. Para que un (y no es peyorativo eh), para que un arquitecto o para que un historiador desarrolle un posgrado, por ejemplo un historiador en historia del Uruguay del siglo XIX y XX requiere muy poca infraestructura alrededor. Nosotros para formar un médico, no alcanza con decir “anda al hospital tal” por qué tal vez en este hospital no existan las condiciones, digo seguramente, no van a existir las condiciones dadas para que esa persona pueda realmente desarrollar su especialidad en todos los aspectos que puede tener, si estoy más cerca de una ruta tengo más accidentes, si estoy más cerca del campo tengo más lo vinculado a lo laboral, eso está claro y eso obliga a un plan, un sistema mucho más elaborado y es lo que nosotros tratamos de hacer y es lo que nosotros tratamos que desde quienes deciden se pueda de verdad hacer, porque eso requiere, obviamente dinero, verdad. No me alcanza con tener un residente formándose en Tranqueras y digo Tranqueras porque mi familia vive ahí, así que lo digo sin ningún tipo de problemas, pero no alcanza, no alcanza con que mandemos diez personas a formarse ahí si no tenemos una infraestructura dada y no nos permiten generar esa infraestructura para hacerlo.

R HC: Por ahí mañana tenés la infraestructura y no tenés a nadie que le quiera enseñar.

P: ¿Qué efecto tuvo la descentralización de la UDELAR en la oferta educativa en el área de la salud?

R HC: Creo que lo que hay que enfatizar es, no tanto lo que ya pasó, sino la perspectiva de futuro. Cuando leí, que me enteré por la prensa, hace poquito, en una nota de La Diaria, la verdad me quedé muy contento. Es una palabra mía, si se concreta en los próximos cinco años, es una revolución para la Facultad de Medicina en sus ciento y pico de años de historia. Porque crear una carrera completa, no un cursito acá y el otro curso allá, sin ser despectivos con esos cursos porque han contribuido históricamente. Pero si llega a pasar que un chico termina a los 18 años en Salto o Paysandú, y empieza en Facultad de Medicina y termina con su título, sin haber venido a Montevideo a dar un examen o lo que fuera, eso Miguel te digo que aunque no hagas nada más... (risas), y eso es mi perspectiva como docente y no es la perspectiva de él que es el Decano. También están las perspectivas, la pregunta esa que hacen se orienta a lo que se hizo, y yo estoy apuntando a lo que puede llegar a influir, y quiere decir que si estuviera todo bien no se haría, y si se hace es porque hay una preocupación.

R MM: Ustedes son muy jóvenes... (risas), en un momento hubo todo una situación que se dio incluso de disputa, entre Montevideo y el Interior, planteado así, se habló de una nueva Facultad de Medicina a hacerse en Salto, yo tenía la buena situación de que en aquel momento no era Decano, y tenía amistades en ambos lados de esa contienda. El avance que se hizo fue que desde acá entendiera que Montevideo no puede ser la única oferta educativa, y que allá entendieran que lo mejor no era cortar, sino aprovechar la experiencia de 100 años de la Facultad de Medicina. Entonces, lo que se ha logrado ahora es un cuerpo docente inicial, que es un cuerpo germinal. Se logró interesar, pero fíjense ustedes, lo señalo para que se entienda que solos estamos a veces, lo logramos de esta manera, convenciendo a la gente que tiene allá el CENUR, que sacó dinero de otros lados, para poder financiar una estructura mínima, a ver si podíamos de esa manera completar la carrera. Es decir, nos fue mucho más fácil convencer al resto de la Universidad, que convencer al resto de la sociedad de la necesidad de eso, y les aseguro que convencer al resto de la Universidad no es tarea fácil. Y creo que es bien importante, y si pregunta qué hicieron, es el trabajo de lo que estamos haciendo, y si el año que viene, como es nuestro plan, se abre el segundo año de la carrera de medicina, y no dice y cuántos van a ir, y ahí van a jugar otros factores, como es la confianza, recuerden el ejemplo Maldonado / San Carlos, iban a abrir una Facultad y todo eso quedó en nada, y ahí está la desconfianza de una persona para entrar. ¿Cuál es mi planteo? Mi planteo es que si esto que vamos a hacer sirve para algo, nos vamos a dar cuenta de aquí a cinco años, cuando sea una opción igualitaria la Facultad de acá, que la de allá, para que justamente la gente se vaya formando. Hoy, la gente que se anote lo va a hacer por necesidad, necesidad absoluta, va a ser esa gente que no podría jamás venir a Montevideo, pagar una pensión..., las familias que lo pueden pagar van a seguir viniendo a Montevideo, porque vienen a lo seguro. Y si terminan pocos, es significativo, no en la cuantitativo, sino en lo cualitativo. Si nosotros logramos que la Facultad de muestras de que justamente se afinque y se quede, como lo supo hacer tecnología médica, nosotros no partimos de "experiencia cero", hay carreras enteras de tecnología médica que se hacen fundamentalmente en el Interior, en esos lugares pasó el mismo proceso, primero ganarse la confianza de la gente, y después seguir para adelante. Repito, la perspectiva de la Facultad no es abrimos y al otro día tenemos 1000 personas, 2000 personas, no es esa, tampoco no es lo que deseamos, y tampoco es hacer un espejo de la Facultad de Medicina de acá, la Facultad de

Medicina de allá tiene que contemplar sus particularidades. Paso esto como reclame, me quedé asombrado, los laboratorios que en existen, en Salto también, pero particularmente en Paysandú, son laboratorios que es muy difícil encontrarlos en Montevideo, y que son del punto de vista educativo, capacidad ociosa, porque lo que podrían aportar... Yo estuve hablando que de verdad uno no los conocía, algunos incluso son extranjeros, es asombroso lo que están desarrollando ellos allá. Y qué lástima sería no poder aprovechar esa capacidad instalada, esa experiencia, y esas ganas de brindarse que tienen en este momento.

R HC: ME tocó evaluar uno de esos trabajos de la ANII y encontré unos investigadores en Paysandú...

R MM: Y vino a presentarlo acá y ganó un PhD y no en Uruguay, son esas cosas... tenemos que desarrollarlo y sacarnos una cantidad de prejuicios

P: Se ha avanzado mucho, pero eso no implicó una disminución de la matrícula en Montevideo...

R MM: Lo que pasa que la matrícula en Montevideo, eso sí que eso otro tema, y se reconocen diferentes problemas, por ejemplo la Facultad de Medicina, no está limitada, muchas carreras de tecnología, sí están limitadas, entonces hacen el primer año de medicina. Cuando yo hice la carrera, hace un millón y medio de años (risas), nosotros entramos 546 y nos recibimos 530. En este momento, entran promedialmente eso que decían, unos 2000, y ¿saben cuántos se reciben?, 600. Hacemos una selección por el fracaso.

P: ¿En aquel momento había prueba de admisión?

R MM: Sí, en aquel momento había prueba de admisión. Nosotros estamos haciendo un seguimiento, no de los 600, sino qué pasa con ese resto. Una parte importante de lo que vemos es que desvían hacia tecnología, y cuidado con esto que digo, porque es una trampa, tecnología cerrada y medicina abierta. Otro porcentaje desvía a cosas que tienen que ver, y eso no está mal, tendríamos que tener estrategias de carreras intermedias, o algo de eso, de gente que se dedica a cosas vinculadas con la salud, pero que no le interesaba ni ser médico, ni ser fonoaudiólogo. La lástima es la selección por el fracaso, la persona que sale de acá, y lo que sale es a repartir leche, eso es lo que está mal. Pero hay que trabajar... El 80% de los costos de Facultad de Medicina son en los tres primeros años, entonces el 80% de los costos se divide entre unos 5000 estudiantes, y el 20% restante, se va en los cuatro últimos años, puede ser más por persona, realmente está, no está bien, esa es un poco la idea. Hoy en día, en el mundo que tenemos una cantidad de tecnología, que sigamos dando clase, que sigamos buscando y haciendo aulas cada vez más grandes...

R HC: El otro día fui a firmar a Concursos, y tenés que pedir permiso porque están los chiquilines sentados en el pasillo.

R MM: No, no, es un disparate. El salón de actos de acá, la clase empieza, y vos ves y empiezan a avanzar, y claro, llegan hasta la mitad del pasillo, es decir, no es posible que vean nada, nada más que conversan entre ellos, y empiezan a molestar. Pasa en Anatomía, en Anatomía vos tenés un cadáver, tenés una primera fila, ve, una segunda fila ve, una tercera fila, más o menos y una cuarta fila, si son alto como yo no ven (risas), quinta fila ya no... ¡ocho filas! Las últimas filas no ven nada, es mentira, entonces, qué hizo el profesor, con inteligencia, estos cursos son voluntarios, dijo tenemos cursos hechos que se pueden hacer on line, y si quieren venir vienen.

Ese resultado hizo que bajó, de nueve filas a tres filas. Los que vienen, que sean los que les interesa, y ahí ven algo.

P: Desde Fmed, ¿qué proyecciones/planes tienen sobre la Reforma y la formación de profesionales?

Estamos en pleno trabajo de adecuar lo que tenemos a la necesidad del país, adecuarlo a operar en el sistema, y tratar de que la oferta educativa no disminuya, ni en número ni en calidad. Una cosa es real, nosotros sacamos buenos médicos, y eso no lo dice nadie, y sacamos buenos médicos, no ahora, los sacamos desde siempre. Un médico uruguayo, en general, no es mal mirado en ningún lugar del mundo, sacamos, tenemos buen producto. El riesgo que tenemos es la caída de eso, entonces lo que no podemos permitirnos es que eso caiga. Tenemos buenos médicos, tenemos planes y formas de llevarlo adelante, que son viejas y que van a atentar contra esa calidad de producto. Y la manera de evitarlo es adaptarse, por ejemplo, lo que les decía, anatomía, hoy en día, hay verdaderas experiencias virtuales de anatomía, que son lo mismo que otro levante y mire, no tienen mucha diferencia, bueno usémosla. Yo les cuento un cuento y ya está, voy a un congreso, de esos congresos en Estados Unidos, 40.000 o 50.000 personas, voy a una clase con una persona que me interesa mucho, que iba a dar una conferencia sobre un tema particular, llegué, vi que estaba la conferencia, me senté y me puse a escuchar, realmente estupendo, yo veía el televisor que tenía adelante, cuando termina, me levanto y aplaudo, y veo que nadie aplaude, ni nada, y el que tenía al lado me dice, “mire, está conferencia la dio hace cuatro horas”. Estaban re-trasmitiendo. Entonces, yo digo, esos conocimientos, que implican una persona transmitiendo conocimientos, diciendo lo mismo, y a veces como tenemos que hacer 20 grupos para que entren todos, de repente, no es la misma la calidad, del que la da en el grupo uno, del que la da en el grupo 16, porque no lo hacemos una vez, y la persona además trabaja, hace lo que tiene que hacer, llega a su casa, conecta, y si hay algo que no entendió vuelve para atrás.

R HC: Estamos en pañales en sacarle el jugo a la tecnología.

R MM: Tenemos un canal de televisión propio, y gratis, porque hay un acuerdo con Antel. Hay que trabajar.

ENTREVISTADA: Decana: Lic. Esp. Mercedes Pérez

ENTREVISTADORAS: Lic. Ana Larrosa y Mg. Sandra García

FECHA: 16 de Setiembre, 2019

LUGAR: Montevideo, Ministerio de Salud Pública

CONSIGNA:

Somos de DEMPSA de JUNASA/MSP y estamos elaborando un informe sobre la formación de los recursos humanos en salud de nivel universitario, la adecuación de los planes de estudios al modelo de atención y el efecto que la descentralización ha tenido sobre la distribución de los RHS. Esta entrevista tendrá una duración aproximada de 50 minutos, hasta un máximo de 60 minutos. Le solicitamos autorización para grabar, para poder reflejar fielmente sus opiniones. Muchas gracias por su tiempo.

PAUTA DE ENTREVISTA:

- En su opinión, ¿cómo hace la UDELAR para contemplar en sus planes de formación las necesidades sanitarias de la población?
- Desde su perspectiva, ¿cómo ve la distribución y disponibilidad de los RHS?
- ¿En qué medida el cambio de modelo de atención propuesto en la reforma del sistema de salud, que creó el SNIS, se ve reflejado en los planes de formación Fmed/Fenf?
- En su opinión, ¿qué efecto tuvo la descentralización de la UDELAR en la oferta educativa en el área de la salud?
- Vinculado con lo anterior, ¿qué cambio generó en la distribución de los RHS en el Interior?
- Desde UDELAR, ¿qué proyecciones/planes tienen sobre la Reforma y la formación?

OBSERVACIONES:

- Se utilizó la pauta de la entrevista como guía y se realizaron preguntas complementarias y de profundización.
- La duración de la entrevista fueron 50 minutos.

TRANSCRIPCIÓN²⁰:

P: En su opinión, ¿cómo hace la UDELAR para contemplar en sus planes de formación las necesidades sanitarias de la población? En este caso la Facultad de Enfermería.

R: En realidad, una de las cuestiones que se hacen en facultad es que los contenidos están basados en los problemas epidemiológicos de la población y se toma mucha documentación del propio Ministerio, evaluaciones, programas, documentos que analizan diferentes situaciones y en todos los cursos, por ejemplo, en lo que tiene que ver con la salud comunitaria, la parte de adultos mayores, la salud sexual y reproductiva, la niñez, la adolescencia, la salud mental, son todos temas que surgen de las necesidades y problemas epidemiológicos del país. Los propios documentos del Ministerio y las características de la población son parte de la bibliografía que se utiliza para cada uno de los cursos.

²⁰ Se identifican con (P) las preguntas realizadas por las entrevistadoras y con (R) las respuestas de la entrevistada.

P: Desde su perspectiva, ¿cómo ve la distribución y disponibilidad de los RHS?

R: En relación a la distribución, numéricamente, refiriéndome a enfermería, es escaso en número de enfermeros. Hay una paradoja por ahí que es escaso el número de enfermeros, pero tampoco hay más cargos disponibles. Es decir, si uno mira los estándares el número de egresados en relación a la población o en relación al número de médicos que son los dos estándares que más se usan, siempre da un déficit importantísimo. Pero cuando uno empieza a profundizar un poco encuentra que hay muchos licenciados que no están ocupando cargos de licenciados, sino de auxiliares de enfermería y que está distribuido de una forma bastante diferente Montevideo-interior. Igual considero que una parte de esa distribución diferente está relacionada con que la mitad de la población de nuestro país está en Montevideo, por lo tanto, al menos la mitad de la distribución de los profesionales debiera estar en Montevideo para atender ese volumen de personas. Además, creo que también está pasando que si bien la política descentralizadora de Asse y de los servicios de salud está funcionando progresivamente, todavía muchos de los servicios de alta complejidad están en Montevideo y esos servicios de más alta complejidad son los que absorben el mayor número de profesionales. Eso pasa en Montevideo. En el interior, en relación a enfermería, la facultad tiene tres lugares en donde desarrolla la carrera que son Salto, Rivera y Rocha.

Rivera y Rocha tienen características bastante peculiares en el sentido en que Rivera hace muy poco tiempo que esta la carrera implantada, y por tanto, ha tenido muy pocos egresados en este período contabilizando que también las matrículas o los ingresos en el interior son muy bajos, es decir, son normales, son bajos en relación a Montevideo y desde que se implantó en los tres lugares la carrera está completa. En Rocha tenemos la característica que se trata de una población muy escasa, se han inscripto pocos, a pesar de que ha ido progresivamente aumentando pero de una forma. Nosotros empezamos haciendo la carrera ahí porque presentamos un proyecto en la Comisión Sectorial de Enseñanza para hacer la carrera en el interior y era para alrededor de 50 estudiantes y estamos teniendo ahora 150, o sea que se ha triplicado la matrícula con dificultades propias de la región que tienen que ver con que la movilidad dentro de la región que tiene delimitada la Universidad no es fácil porque la región para la Universidad implica Treinta y Tres, Lavalleja, Maldonado y Rocha. Y particularmente Treinta y Tres y Lavalleja tienen enormes dificultades para trasladarse a Rocha. Si bien se hace alguna actividad por teleconferencia o por skipe en realidad la participación de los estudiantes es muy limitada por que el traslado es muy complejo. Se está teniendo como un traslado de la matrícula cuyos estudiantes inicialmente era de Rocha, ahora están cada vez más aumentando los de Maldonado. Entonces estamos haciendo algunas actividades en Maldonado y el centro de la carrera está en Rocha, mientras que la práctica se está haciendo en Maldonado. De todas formas ha habido dos o tres generaciones, porque las generaciones iniciales fueron bastante “tortuosas” para implementarlas y estamos teniendo pocos egresados. Rivera tiene una historia mucho más larga con una situación que, por lo menos personalmente, no me explico demasiado, porque tiene más de 20 años la carrera con algunos tramos inicialmente y después la carrera completa. Igualmente en Rivera sigue habiendo mucha falta de enfermeros y tenemos también una población que no es enorme, pero que en esos números se nota, que es la población de brasileros que vienen a estudiar y que tienen como Universidad de frontera a la Universidad de la República. Por otra parte, la Universidad no tiene restricciones para el ingreso de ellos, así que hoy tenemos como una “fuga” diría yo de gente que no es mucha, pero que en los números

que se manejan en el interior tienen una cierta explicación, pero no explica todo el tiempo que les lleva la carrera en Rivera con el número de profesionales que hay formados y que todavía sigue siendo muy escaso. En cambio, en Salto sí tenemos un fenómeno muy peculiar, que tiene que ver con que ya está saturado el mercado. Entonces, en Salto tenemos la carrera completa hace 25 años, se ha desarrollado regularmente siempre, siempre ha habido egresados y la cuestión es que ahora tenemos por ejemplo que, de un llamado que hubo para auxiliares de enfermería para un CTI y una emergencia, se anotaron todos licenciados en enfermería, no se presentaron auxiliares. Entonces el fenómeno es que en Salto está habiendo desocupación de Licenciados en Enfermería. En nuestro país la gente se traslada poco de un departamento a otro o de un lugar a otro del país y ese es un fenómeno que nos está llamando la atención. Están pidiendo mucho el desarrollo de la carrera en Paysandú. Los estudiantes de Artigas que fue uno de los lugares en los que aumentó proporcionalmente más el número de egresados van a Rivera, porque van por Brasil y les queda más cerca, van por su cuenta y se organizan en grupos para viajar y cursar la carrera. Pero entonces, a veces las regiones tienen esa dificultad, que nosotros por región no podríamos tener la carrera más de una vez. Sin embargo, a la gente moverse dentro de las regiones no les resulta fácil. A uno le parece que está muy cerquita pero las vías de comunicación, los costos, el traslado mismo (cuando no tienen ómnibus, por ejemplo, entre Salto y Rivera) que mirándolo así están muy en la línea hay un solo ómnibus que va al día y otro que vuelve, y creo que no va todos los días, o sea, en una época iba solo lunes, miércoles y viernes. Entonces, nosotros también pensamos en un momento que los docentes de Salto se podían encargar de la sede de Rivera, pero no, es imposible, por todo lo que acabo de contar. Entonces, si bien ha aumentado mucho el número de Licenciados en Enfermería en el interior, en relación al censo que había previo (2003-2004), las cifras en el interior se ve que segmentan mucho y todavía el déficit sigue siendo importante. Así que esa es un poco la estrategia que ha desarrollado la Universidad y el estado de situación, incluso, ahora nosotros estamos incursionando en algo que hicimos una versión porque nos parecía importante para esa especialidad, hicimos la especialidad de salud familiar y comunitaria en el interior que abordo Artigas, Salto, Paysandú, Florida y San José, fueron los departamentos incluidos, pero hasta ahora lo que teníamos era la enseñanza de grado y en el año 2017 se hizo esta incursión en lo que tiene que ver con la formación de posgrado.

P: ¿En qué medida el cambio de modelo de atención propuesto en la reforma del sistema de salud, que creó el SNIS, se ve reflejado en los planes de formación de la Facultad de Enfermería?

R: En realidad, aunque parezca un poco extraño, la Facultad de Enfermería tiene ahora el Plan 2016 que empezó a implementarse este año, se le pone el año en que fue aprobado, pero empezó a implementarse este año. El Plan anterior era '93 o sea que era muy previo a la reforma, pero en ese plan '93 había muchos aspectos que estaban vinculados con modalidades y con un modelo que estaba vinculado con lo que después se hizo en la reforma, por ejemplo, en las experiencias prácticas tenían un 50% de experiencia comunitaria y 50% a nivel hospitalario. Uno de los ejes que atravesaba todo el Plan '93 era el primer nivel de atención y la APS, así que eso adelantó un poco o estaba un poco antes de lo que después se plantea en la reforma. Incluso algunos contenidos que estaban muy fuertes en el programa, como el tema de salud sexual y reproductiva, la atención a la niñez, cosas que estaban cuando hicimos ese plan '93 habíamos tomado mucho el modelo, marco teórico y marco conceptual de las propuestas

de OPS que hacía muchos años que estaban rondando en torno a estas temáticas y nosotros las introdujimos en el Plan '93 lo que nos generaba muchas veces las dificultades de que los estudiantes iban a la clínica y encontraban cosas totalmente diferentes y teníamos que trabajar en eso que tenían los teóricos sobre primer nivel de atención, sobre salud comunitaria, sobre el enfoque preventivo, sobre todos esos temas que no los veían en la práctica porque el modelo era otro, ellos lo tenían como contenido teórico. O sea que, para nosotros en realidad incluir en este nuevo Plan cuestiones que tenían que ver con la reforma de salud fue, más que nada, incluir dentro del marco normativo dentro de algunos aspectos que estaban ya consolidados en la reforma, pero que nosotros ya lo teníamos desde el plan anterior, el Plan '93. De ahí pueden sacar y mirar que había muchos aspectos vinculados a la reforma que están incluidos ya en el Plan anterior. El nuevo plan sería algo más vinculado a lo normativo, lo que aparecería como nuevo en relación al modelo de salud es como se conformó el sistema, todo lo que tiene que ver con la gestión del sistema, con la organización del sistema, quizás también algunos contenidos porque del 93 hasta ahora cambiaron cosas, pero en lo que respecta al modelo de atención ya estaba bastante centrado y tenía líneas fuertes en ese plan de estudios.

P: ¿Qué efecto tuvo la descentralización en la oferta educativa en el área de la salud? ¿Cómo valora lo realizado por Fenf y lo impulsado por UDELAR?

R: La descentralización tuvo un poco de todo, pero el mayor impulso de descentralización estuvo dado por la política de descentralización de la Universidad, le dio más forma a lo que se venía haciendo. Ahora también está pasando algo que estamos trabajando en eso, en el Interior, nosotros desarrollamos la carrera muy dependiente de Montevideo, desde lo que tiene que ver con los aspectos administrativos, desde la gestión de los docentes, todo era muy desde Montevideo. El hecho que la Universidad haya instalado polos de desarrollo, ahora está creando el CENUR del Noreste, que es Rivera, Cerro Largo y Tacuarembó, y en realidad lo que nos da eso es el respaldo administrativo y el hecho de que puede haber una mayor independencia, como un ámbito universitario, que si está solo la carrera no termina teniéndolo. Ahí hay otros docentes de otras áreas, con otros conocimientos, que intercambian entre ellos y con estudiantes, se genera como un clima de formación universitaria que no tiene que ver con solo mirar el "agujerito" de la carrera, que eso es parte de la formación universitaria, que es bien importante, por lo menos para mí. Y en estos ámbitos lo que ha pasado es que ese sostén ha descomprimido toda la tarea que implicaba, que había que ir con las actas de Montevideo para el Interior, mandarlas por correo, mandarlas por fax, era como un estrés muy grande todo lo que se hacía porque era muy artesanal, por decirlo de alguna forma. Ahora las bedelías son allá, los estudiantes se anotan, hacen sus trámites allá, no tienen que venir, creo que incluso a lo único que vienen es a firmar el título porque tienen que venir a bedelía central, es a lo único que vienen. Después, el tema que con los desarrollos de los CENURES, los CENURES son los centros universitarios, tienen un grupo de docentes que son investigadores, que han venido del exterior, que cuando vinieron estaban muy centrados en la investigación porque con ese propósito habían venido en el momento, y crearon lo que se llaman Departamentos o Grupos de investigación en el Interior. De alguna forma eso que estaba muy centrado en la investigación, ahora y por distintas causas, y eso ya se está consolidando, se está exigiendo la participación de estos docentes en la docencia, porque hasta ahora no participaban en la docencia de grado. Eso enriquece mucho porque son investigadores con mucha trayectoria, es gente que está en el ambiente universitario, y empiezan a integrarse, no sin dificultades, quiero aclararlo, porque

ellos vinieron con una idea que iban a venir al laboratorio a hacer sus actividades y ahora se encuentran con que tiene que hacerse cargo de clases, de cursos. Entonces, se está dando como un movimiento horizontal interesante entre las carreras que están en cada una de las sedes. Por ejemplo, en Salto que está Veterinaria, Arquitectura, Sociología, Derecho, quizás me estoy olvidando de alguna porque son muchas, pero esas carreras que tienen docentes propios interactúan con docentes de enfermería y a su vez con los estudiantes, y surgen proyectos súper interesantes de trabajo, en distintas áreas, que por ejemplo, para el tema de las inundaciones se conformó un grupo de ciencias, de arquitectura, de veterinaria, de enfermería, que trabajaron todo el tema del realojo de los evacuados de las inundaciones de Salto. El tema de la leishmaniasis, esto también se siguió trabajando en equipos multidisciplinarios, que a mí me parece que son muy enriquecedores para la formación de todos, de los estudiantes nuestros, y de los otros. A su vez mejora el tema de la capacitación docente, otro ambiente que permite generar ese ámbito educativo, porque lo que nos estaba pasando con la carrera, que como tenemos un fuerte peso en lo asistencial, nuestros docentes y estudiantes pasaban todo el tiempo en el hospital, en el centro de salud, y no participaban de las actividades de la universidad, no se sentían universitarios. Llegaba al punto, que yo tenía algunos intercambios y me decían, la carrera de enfermería que está desarrollando “fulano de tal en el hospital tal”. Y yo decía, esa carrera es de la Universidad, los estudiantes van a hacer prácticas. Y tenemos esas conversaciones, y está bien que la gente se empodere tanto y sienta que es de ellos, pero lo pueden hacer porque hay una institución que puede emitir un título, hay un respaldo institucional que permite que eso pase. Lo que quiero contar con esto, es que tanto los estudiantes como los docentes tenían una impronta muy fuerte de lo que era el hospital y el centro de salud y tenían muy poca vida universitaria, eso era un problema, que incluso llegaba a que en los centros, tanto en Rocha, y en Rivera nos pasó lo mismo, ni siquiera tenían local adjudicado, o espacio adjudicado para trabajar en el centro educativo, porque la mayoría del tiempo la pasaban en el hospital. Ahora cada uno de los lugares tiene su lugar para los docentes, lo que nosotros le llamamos la Unidad Tecnológica, que es donde tenemos los simuladores, con distintos niveles de desarrollo, obviamente, porque son productos muy caros, pero todas tienen eso. Entonces hay como un arraigo, las clases se dan en el centro, ya no se dan en el hospital, se daban en los salones de actos de los hospitales, y las dan los docentes de la universidad.

P: Las prácticas, en el Plan 2016, ¿son créditos académicos para el estudiante? ¿Es una diferencia con el plan anterior?

R: Todo el plan está “creditizado”, las prácticas y los teóricos. El nuevo plan se diferencia con el anterior, primero en que está todo “creditizado” por tanto los estudiantes van acumulando créditos, van capacitándose según las trayectorias. Hay materias que son obligatorias de la carrera, pero hay un banco de materias que son optativas o electivas, lo que significa que el propio estudiante va eligiendo su trayectoria educativa, además de la trayectoria del currículo educativo obligatorio. Entonces ellos van eligiendo, las optativas son las que ellos cursan dentro de la propia Facultad pero que pueden elegir, por ejemplo Salud Ambiental o Informática, en cambio, las electivas las tienen que elegir en otros servicios educativos universitarios. Entonces ellos tienen la presión porque están empezando ahora y les está resultando muy difícil, para los jóvenes que vienen del liceo, que hacen esto, tienen esto y aprueban esto, cuando uno les dice que tienen que elegir empiezan con toda la historia, que yo dónde elijo, dónde voy, cómo busco y qué hago y no sé qué... Igual la Universidad está trabajando en ese sentido, porque eso es

general, es de la ordenanza de grado, y eso se da en toda la Universidad. Y se están haciendo en todas las áreas, el área de la Salud es la última que lo va a hacer, pero Social y Artística, Científica y Tecnológica, ya lo tienen, tienen páginas web donde tienen un repositorio, o una base de datos, de todas las materias que ofrecen a otros estudiantes de otras carreras. Entonces, los estudiantes tienen que hacer su propia búsqueda. El estudiante tiene que tener un determinado número de créditos de materias electivas, no pueden llegar al final de la carrera sin las electivas. Las prácticas están dentro de las asignaturas obligatorias. Incluso hay algunas de las electivas, están armando ahora una re interesante de salud comunitaria, que le están dando un enfoque bien interesante, porque un docente de cada uno de los servicios de salud está participando en la elaboración de ese programa, y van a incorporar igual cantidad de estudiantes de las carreras. La idea es que ellos puedan estar interactuando entre sí, y que los docentes los evalúen con los mismos criterios, les validen los mismos créditos, para todos los estudiantes, sean de las carreras que sean. La otra cosa que diferencia al plan, es que es mucho más flexible, el otro plan estaba muy lleno de materias que eran condicionales de las siguientes, tenías que tener “x” cantidad de materias para hacer otras, muchas materias estaban enlazadas unas con otras, y ahora hay mucho más flexibilidad, y eso ha favorecido la movilidad horizontal, la movilidad incluso internacional, porque nosotros tenemos muchos programas de intercambio estudiantil, y los estudiantes no se iban a veces porque los créditos esos, a veces eran difíciles de revalidar, ahora pueden traer los créditos que hacen en el exterior.

P: ¿Qué planes tiene la Fenf respecto a la formación y la reforma?

R: Las materias electivas van a dar mucha movilidad e intercambio muy fuerte entre los estudiantes. Facultad de Medicina ya lo hizo hace varios años, y eso generó que muchos estudiantes de medicina, por ejemplo, estudien antropología, como una de las materias. Nosotros estamos en el primer año, entonces no tenemos como casuística del tema porque no sabemos qué van a elegir nuestros estudiantes, porque recién están en el primer semestre, recién están buscando, y los estamos orientando. Sí sabemos que se han dado tránsitos curiosos, incluso en el área salud, a mí me toca coordinar el área salud, hicimos una propuesta de un proyecto que vamos a hacer un estudio de la trayectoria de los estudiantes, dentro y fuera del área, para ver qué cosas son las que eligen, qué cosas son las que le interesan, cuál sería el resultado y cómo se estaría proyectando eso en el resultado final del egresado, porque un egresado que estudió siempre lo biológico, y se mantuvo siempre en esta línea, pensamos será diferente a aquel que tuvo otra formación, todavía no tenemos en enfermería una medida de ese impacto. Creo que Medicina aún no tiene egresados del plan nuevo que tiene este enfoque (creo que este año, puede ser la primera generación de egresados), igualmente siguen egresando del plan viejo y del nuevo. Los del plan viejo que están un poco rezagados van a seguir egresando, porque no tienen obligación de cambiarse.

P: Los cambios realizados por UDELAR para la descentralización y ampliación de la oferta, ¿qué impacto tuvo en la distribución de los RHS?

Generó que en Salto esté saturado, y en Rivera no sabemos qué sucede que no se satura, porque ya podría saturarse también, y en otros lugares... Y nos queda toda otra región que es la suroeste que la Universidad no tiene actividades ahí. En su momento hubo un cierto acuerdo con la UTEC, que iba a tener actividades ahí, y la Universidad no, pero la gente que le interesa lo de la Salud no puede hacerlo en UTEC, y vienen a Montevideo. De todas formas en Montevideo no ha

disminuido la matrícula por el hecho de tener oferta en el Interior. En todas las sedes ha aumentado mucho la matrícula. En Salto también tuvimos un año que fue el 2011 o 2012 que tuvo 20 y pocos estudiantes de ingreso, en el 2013, Enfermería tuvo acá en Montevideo 300 ingresos, andábamos en el país no llegábamos a los 500-600 estudiantes contando los poquitos que habían en Rivera y en Rocha. Y este año tuvimos 1300. Ha aumentado muy fuertemente el número de licenciados en enfermería, de ingresos, no así en el egreso, que todavía no ha tenido impacto en el egreso. En realidad empezó a aumentar el ingreso en el 2014 y 2015, en realidad el 2015, y todavía no egresaron. Nosotros creemos, que en realidad tenemos un problema serio en toda la universidad que es el número que ingresan y el número que egresa, la eficiencia terminal es bastante baja, y en nuestro caso, nosotros sabemos que somos una especie de transición porque mucho estudiantes se anotan en enfermería para ir a tecnología médica, para no dar los exámenes de ingreso, porque el EFUNO y otras materias se le validan, entran como en segundo, y hacen alguna materia de primero. Y eso hace mucho que lo tienen estudiado todos los jóvenes, y lo hacen como un *bypass*, diría. Entonces estamos esperando a ver qué pasa con esta generación 2015 que fue la más grande, que realmente marcó una diferencia con las anteriores y este año que tuvimos 1300 inscripciones en todo el país, 200 en Rocha, este año no toca Rivera, porque abre la carrera un año en Rocha y otro en Rivera, y en Salto que siempre se anotaban 70 u 80, se anotaron 150, y en Montevideo se anotaron 1000. Entonces, a nosotros no llama mucho la atención, pero ya ahora, se ha puesto más sobre la mesa que hay mucho trabajo, de que salen y hay trabajo, en realidad nuestros estudiantes en tercero ya están trabajando, porque trabajan como auxiliares y quedan trabajando. Nosotros tenemos otra peculiaridad de los estudiantes, y es que somos uno de los servicios que tienen mayor cantidad de estudiantes de primera generación en la familia. Claramente somos una carrera en que los jóvenes entran sin que en su familia existan universitarios, es diferente a otras carreras que hay como trayectoria de estudiantes universitarios dentro de la familia, esto no pasa en enfermería. Creo que esto tiene que ver con que hay claridad que va a egresar y va a tener trabajo rápidamente (inserción laboral), y que se ha difundido un poco más el tema de cuál es la necesidad del país. Esto que sale en los diarios, mucha gente pregunta y en Montevideo sigue habiendo falta de enfermeros, a pesar de todos estos movimientos. Y el tema de la profesionalización de auxiliares, pero todavía sin mucho impacto, por ejemplo se toma la generación 2015 de auxiliares, y hasta que no egresa no se abre una nueva, porque tenemos recursos para esa generación, nada más, (una corte), si cada 5 o cuatro años, nada más, y se ha tenido que hacer restringido, porque los recursos son para 70 u 80 estudiantes, el año pasado, por ejemplo, inscribimos y se inscribieron 200, y nos mandamos “la quijotada” de dejarlos a todos, y van 120 y vamos bien, vamos pudiendo atenderlos a todos, estiramos bastante las cosas, pero pudimos hacerlo, así que suponemos que el año próximo van a poder egresar un número interesante de auxiliares de enfermería.