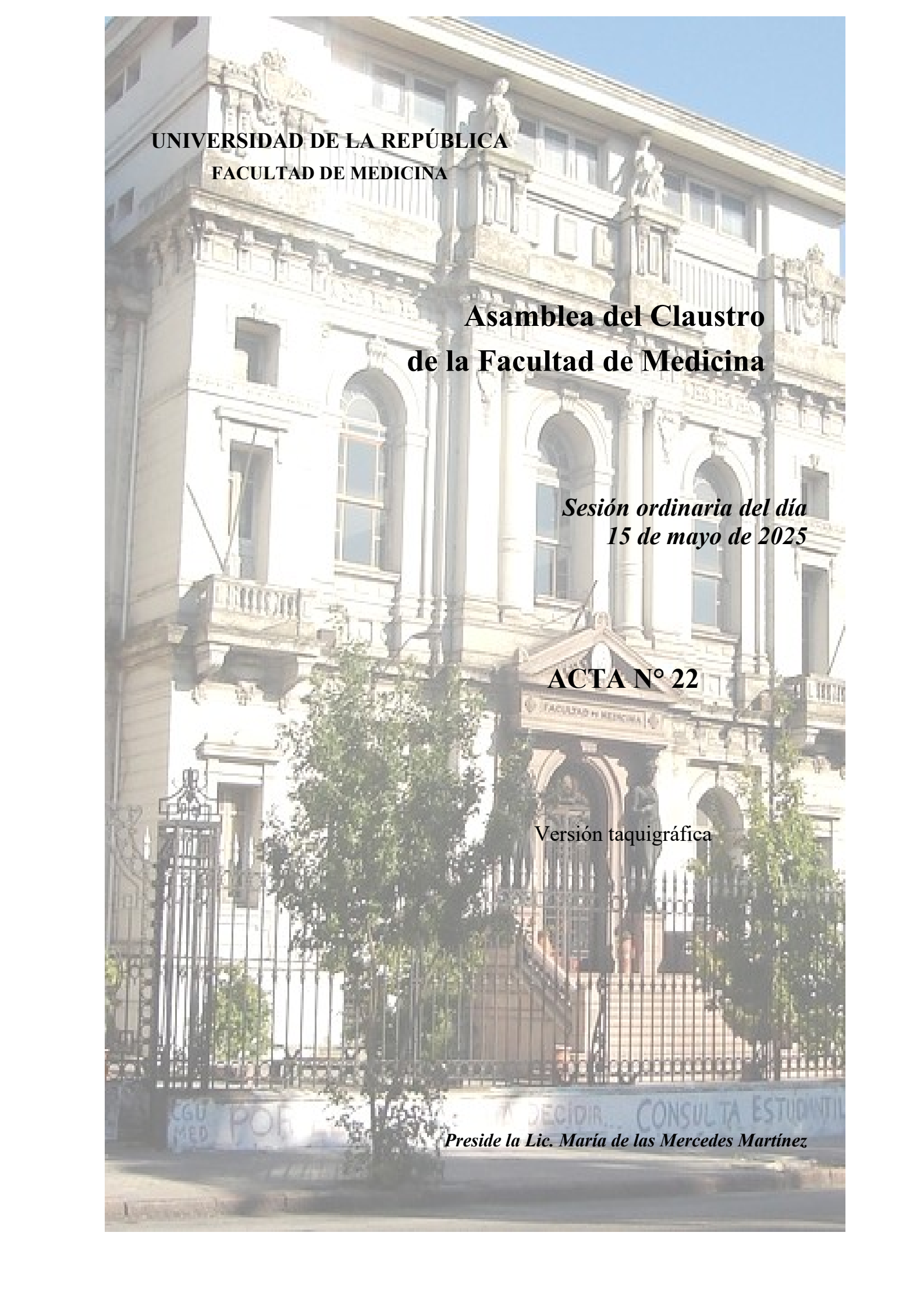




UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA

**Asamblea del Claustro
de la Facultad de Medicina**

*Sesión ordinaria del día
15 de mayo de 2025*

ACTA N° 22

Versión taquigráfica

Preside la Lic. María de las Mercedes Martínez

S U M A R I O

Acta N° 21, de fecha 24 de abril de 2025.....1
Reunión de la Mesa con el señor decano.....1
Informe del director general del Hospital de Clínicas.....3

ASAMBLEA DEL CLAUSTRO DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Sesión ordinaria del día jueves 15 de mayo de 2025

Acta N° 22

Versión taquigráfica

Preside la Lic. María de las Mercedes Martínez.

ASISTEN:

Por el orden docente: Alba Negrín, Daniel González, Florencia Tomasina, Macarena Casaballe, Claudia Izquierdo, Cristina Baladón, Juan Paganini, Adriana Tiscornia y Laura Martínez.

Por el orden de egresados: Jorge Montaña, Gustavo Musetti y María de las Mercedes Martínez.

Por el orden estudiantil: Matías Bollo y Sofía Benech.

Actúa en Secretaría el Sr. Matías Jaimes.

SEÑORA PRESIDENTA (María de las Mercedes Martínez).- Habiendo *quorum*, está abierta la sesión.

(Es la hora 13:30)

Acta N° 21, de fecha 24 de abril de 2025

SEÑORA PRESIDENTA.- Se va a votar el acta N° 21, de la sesión ordinaria correspondiente al 24 de abril de este año.

(Se vota)

—AFIRMATIVA. Unanimidad.

Reunión de la Mesa con el señor decano

SEÑOR PAGANINI (Doc.).- Fue una reunión muy productiva. El decano empezó por el tema de Graduados, diciendo que el Consejo había establecido una apertura hacia el Claustro y que establecerá pautas generales para la presentación de postulantes al cargo de director de ese centro. Le planteamos que, con las resoluciones del Consejo, veíamos que la calidad de las funciones universitarias iba bajando y disminuían los espacios de cogobierno. Además, le dijimos que el Claustro era el lugar más representativo de la Facultad, primero porque es el que tiene más cargos y, segundo, porque cuenta con representación de las escuelas.

Con respecto a la evaluación docente, hubo un compromiso de integrar a claustristas en la comisión que está trabajando el tema. También se habló del plan de estudios, elemento fundamental con la integración de las escuelas. El tema es pasar de los dichos a los hechos. La realidad muestra que el Consejo está yendo hacia un lado y el Claustro hacia otro.

Además, el decano nos planteó la elección del nuevo rector, tema que va por otros carriles. Eso se va a resolver a través de los órdenes, ya que a la Asamblea General del Claustro van delegados de las agrupaciones que son los que toman las decisiones. ADUR va a reunirse con los rectorables para escuchar sus propuestas.

SEÑORA PRESIDENTA.- Me parece que lo que quiere hacer el señor decano es vehiculizar, a través de la representación del Claustro, ciertas ideas que deberían estar en la agenda del próximo rector para que los órdenes la internalicen.

SEÑOR PAGANINI (Doc.).- El decano dejó claro que quería que la Facultad tomara el tema de la elección del rector de manera institucional. De todas maneras, me pareció una buena reunión y hay roles de participación que se han mantenido.

SEÑORA PRESIDENTA.- El decano solicitó ser recibido por el Claustro. La propuesta es que sea el jueves 5 de junio, primera sesión ordinaria del mes.

Con respecto al tema de Graduados, el decano planteó que el Claustro debe fijar a la brevedad una fecha para la presentación de propuestas y elaborar pautas con los temas que deberían estar incluidos en los proyectos de los aspirantes. Evidentemente, todo interesado en presentarse va a tener un proyecto de trabajo. Luego el Claustro deberá hacer un informe sobre los candidatos, estableciendo una lista de fortalezas y debilidades para que después el Consejo decida.

SEÑOR PAGANINI (Doc.).- La hoja de ruta sería, 1) establecer criterios que el Claustro va a jerarquizar en las propuestas (carrera académica, aspectos del proyecto o ideas de desarrollo del Centro de Graduados); 2) realizar el llamado a presentación de propuestas, y 3) establecer una lista para enviar al Consejo. Eso va a llevar tiempo.

SEÑORA PRESIDENTA.- Pero no puede ser mucho tiempo. La idea es que esto quede resuelto antes de que finalice nuestra gestión.

Con respecto al ciclo inicial común, el Consejo nombró a la Prof. Natalia Huart y al Prof. Walter Alallón para trabajar en conjunto con los delegados que nosotros designamos. Deberán ponerse en contacto para tener una primera reunión y marcar una agenda.

En cuanto a la evaluación docente, le dijimos al decano que la comisión del Claustro estaba trabajando bien y que solo pasar el material al Decanato no era justo. Por eso le planteamos que por lo menos dos claustristas trabajaran con Decanato. En realidad, el decano nos dijo que no tienen un grupo específico discutiendo el tema. Sería bueno que algunos de ustedes se pusieran en contacto para generar una reunión a fin de intercambiar y aportar ideas.

SEÑORA TOMASINA (Doc.).- Ya nos habíamos reunido con Odontología y esta semana lo hicimos con gente de la Facultad de Ingeniería, que tiene veinte años de experiencia en evaluación docente. La semana próxima nos reuniremos con Química para recabar material. Hablamos con la gente de la Comisión de Enseñanza, que son los que tratan las renovaciones, y nos dijeron que era un buen lugar para trabajar este tema. Les pareció interesante lo de incluir a los estudiantes en la evaluación, ya que en Medicina no hay tanta experiencia en ese aspecto. Hablé también con la encargada de las evaluaciones de los cursos, que es integrante del Departamento de Educación Médica, para ver qué posibilidades hay de implementar esto a través del sistema actual, que es anónimo y confidencial. La idea es,

con todo este material, proponer una fecha para hacer una jornada y discutir el tema con todo el demos universitario.

SEÑORA PRESIDENTA.- Por eso le dijimos al decano que no nos parecía justo que el Claustro solo enviara la información para que otros la trabajaran. Es fundamental que sigamos desarrollando la experiencia que ya tenemos en el tema. Por eso planteamos que la Comisión de Evaluación Docente fije una reunión con Decanato para ver cómo van a trabajar en común.

El decano también manifestó su interés en acelerar todo lo relacionado con planes de estudios.

SEÑOR PAGANINI (Doc.).- En la reunión planteé algunas cosas con franqueza, con la idea de que de ahora en más haya más integración entre ambos órganos. De lo contrario, si el Claustro actúa solo como órgano deliberativo, eso desgasta enormemente. Me refiero a que cansa que se hagan planteos que luego no son tenidos en cuenta.

SEÑORA PRESIDENTA.- Es fundamental que lo que aquí deliberamos sirva para algo y no que se termine haciendo otra cosa.

SEÑOR MONTAÑO (Eg.).- Hay que dejar claro que no es por buena voluntad que el Consejo considera que el Claustro es un estamento dentro de cogobierno universitario que puede opinar. Del Claustro se espera que tome postura sobre los recursos humanos en salud en general, cómo queremos formarlos, su distribución geográfica y las nuevas tecnología que, por la pandemia, han acelerado su incorporación dentro de la educación. Insisto: el Claustro debe seguir trabajando con fuerza y conectado con la Facultad de Medicina, que es la institución que representamos. Eso es así, más allá de que el Consejo pida asesoramiento a un abogado para ver si el Claustro tiene injerencia en tal o cual tema. Una cosa es lo jurídico y otra lo cotidiano. Nosotros estamos respaldados por una Ley Orgánica, más allá de que el Claustro ha evolucionado desde 1958 a la fecha. Tiene desafíos contextuales que presenta esta época y que no existían en el 58. Esos desafíos implican disminuir su burocracia, aprimorar sus insumos, independientemente de si el Consejo los aprueba o no. Eso para mí es secundario. Debemos ser un actor principal y actualizarnos con respecto a las potestades que tenemos. Eso es responsabilidad del Claustro.

SEÑORA PRESIDENTA.- Hay dos deberes que nos quedan para la próxima sesión. Uno es traer ideas sobre qué consideran los claustristas que no debe faltar en el proyecto de quien se hará cargo del nuevo centro de posgrados. El otro es pensar qué temas podrían estar en la agenda del nuevo rector, para conversar con el decano en la próxima sesión.

Informe del director general del Hospital de Clínicas

SEÑORA PRESIDENTA.- Damos la bienvenida al Dr. Álvaro Villar, director general del Hospital de Clínicas, y al Dr. Martín Esteche, adjunto de la Dirección. Ya que tuvimos el placer de recibirlo anteriormente y hablar de todo lo que se logró en el hospital universitario, queremos saber qué temas están pendientes para los próximos cuatro años, así como el relacionamiento con las nuevas unidades académicas.

SEÑOR VILLAR.- Primero les quiero pedir disculpas por no haber podido venir a la sesión anterior. Luego de mi exposición, el Dr. Esteche les va a mostrar algunas imágenes de las obras de los espacios académicos que se han hecho en este último período.

La pregunta del Claustro es muy difícil de responder. Un aspecto es el proyecto de refuncionalización del Hospital, que fue aprobado por la Comisión Directiva, por el Consejo de la Facultad de Medicina y por el Consejo Directivo Central. Consideramos que la actividad que tenemos hoy se puede desarrollar en menos espacio. Existe un uso abusivo de los espacios. El hospital fue construido cuando había solo otros dos hospitales en la capital, el Maciel y el Pereira Rossell, por lo que se calculó que fuera para 1.000 camas. Durante su construcción se habilitaron otros hospitales como el Pasteur y el Saint-Bois. En las últimas décadas se desarrollaron los hospitales departamentales, por lo que la cantidad de pacientes que se envía a la capital es menor. Además, ha cambiado de manera sustancial la práctica de la Medicina. Hoy en día los pacientes ingresan el día que se van a operar y se van el mismo día o días después. Cuando empecé mi residencia en Neurocirugía, un paciente operado de hernia de disco estaba tres meses en reposo en el hospital. Ahora se le da el alta el mismo día. También ha cambiado la Medicina en los tratamientos que no requieren internación. Pensar que un paciente recibiera quimioterapia o radioterapia y se fuera a la casa era imposible. Esos pacientes permanecían internados muchos meses, recibiendo su tratamiento. También era impensable que después de una anestesia general la persona se fuera a su casa.

Hay que pensar un Hospital para 2025 y otro para 2035, y cómo va a ser la docencia en los próximos veinte años. Esa es la parte difícil de la pregunta, es decir, qué espacios académicos necesita un hospital para dentro de diez o veinte años. En estos dos últimos años hemos construido 27 salones de clase nuevos, refaccionamos los anfiteatros de los pisos 15, 14, 10, 6 y 5. Se refaccionaron por completo dos áreas docentes, la de la clínica del piso 12 y la del piso 14. Se arregló el área docente del piso 5, lo que permitió llevar la Cátedra de Medicina Legal en su totalidad para el Hospital de Clínicas. Se hicieron inversiones importantes en la mejora del piso 19. Teníamos el problema de que para organizar una actividad docente grande la mayoría de los servicios médicos alquilaban un hotel o espacios que les ofrecían los laboratorios. Por eso nos propusimos acondicionar el piso 19. Eso implicó una inversión muy importante. Además, las áreas que se han ido reparando tienen que permitir la conexión por ZOOM. Eso es fácil decirlo pero muy difícil de lograr. Implicó tener en DTI un equipo las 24 horas, que preparara antes los salones, que monitorizara las conexiones por si falla algo, etc. Hemos llegado a tener 18 conexiones simultáneas por ZOOM en distintos servicios. El equipo debe dar respuesta inmediata, ya sea de manera remota o presencial. Actualmente un centro educativo no puede funcionar correctamente si no asegura la conectividad. La mayoría de los servicios se conectan con especialistas de fuera del país o integrantes que están en otro país o en otro servicio de la capital o del interior.

El diseño de los salones de clase que se han construido ha ido variando. Una cosa es lo que se está construyendo en el piso 8 o en el 9 y otra la obra de diálisis en el piso 6. Todos los proyectos de remodelación se discuten con el servicio. El de Nefrología nos sorprendió porque plantearon un salón con un diseño nuevo. Eso tuvo tan buen resultado que modificamos lo que se pensaba hacer en el piso 9 y el proyecto del piso 10.

Una decisión importante fue la de recuperar los solarios centrales para que se puedan utilizar para la docencia. Hay que completar el equipamiento con sillas y televisores. Lo mismo pasa con los solarios de cada sala. El proyecto anterior eliminaba esos solarios para poner dos camas más. Eso se hizo así en el piso 2, en la parte de trasplante del piso 14 y en el ala que se arregló del piso 7. Se logró aumentar el número de camas pero desaparecieron esos solarios. El solarío es durante la mañana un lugar clave para discutir pacientes, reunir a los estudiantes en la mañana, y en la tarde es muy apreciado por pacientes y acompañantes. Por eso en las obras nuevas resolvimos mantenerlos.

Se privilegió la obra del centro de simulación del piso 19. Ahí se planteaba una discusión eterna sobre quién tenía que limpiar ese lugar, si estaba a cargo de la Facultad o del Hospital. Eso pasó siempre. Recuerdo la discusión histórica de quién se encargaba del papel de las fotocopadoras. ¿Quién se encargaba de los secretarios? ¿La Facultad o el Hospital? Con la limpieza del centro de simulación pasaba lo mismo. Ahora se hizo responsable el Hospital porque se considera que la actividad docente es parte del hospital universitario, al igual que la investigación. Se equipó dicho centro, se garantizó la seguridad y la limpieza. Eso se amplió hacia el otro lado con un centro de simulación para Otorrinolaringología.

Nos queda terminar la remodelación de los anfiteatros, así como la creación de un piso para estudiantes, con una biblioteca que funcionará 24 horas. En el proyecto está planteado que todo el piso 17, cuando quede liberado por la mudanza del block quirúrgico, sea todo para simulación. Hay que pensar que la enseñanza de la Medicina, de la Cirugía, de la Anestesia, etc. va por ese lado. Por eso se plantea juntar todos los laboratorios de simulación en un solo piso.

SEÑORA PRESIDENTA.- También nos gustaría saber cómo es el vínculo del Hospital de Clínicas con las nuevas unidades académicas y lo que implica a nivel docente su integración. Me refiero al aumento de la cantidad de estudiantes, la necesidad de lugares de práctica, etc.

SEÑOR VILLAR.- El Hospital incorporó el concepto de que las carreras de Tecnología Médica, Nutrición, Partería y Obstetricia y Enfermería debían tener cargos docentes y participar en la asistencia. Radioterapia fue la primera, y luego se incorporó Fisioterapia junto con Fisiatría. Eso implicó buscar lugares de clase pero también lugares en policlínica. Fonoaudiología también se incorporó al equipo que forma parte del grupo de rehabilitación, tanto en el piso 2 como en Cardiología, con la inauguración del gimnasio. Estamos buscando soluciones para Cosmetología Médica.

Un hecho que generó conflicto es que el proyecto de Hospital que heredamos implicaba que para construir el block quirúrgico en el primer piso había que trasladar todas las policlínicas. Por eso se hizo primero los dos pisos de policlínicas. Como sucede en una ciudad, al vaciarse los espacios del piso 1 estos fueron ocupados por servicios que no tenían resuelto su lugar. Cosmetología Médica ocupó un sector, Fonoaudiología otro, etc., y ahora, para iniciar la obra del block, tenemos que buscar lugares para cada una de esas tecnicaturas. En eso se está trabajando.

Con respecto al problema del número de estudiantes no tenemos una respuesta. Por eso devuelvo la pregunta al Claustro. Por ejemplo, la Emergencia del Hospital de Clínicas es la puerta de mayor número de ambulancias y de pacientes graves de Montevideo. La única que la supera es la del hospital de Las Piedras,

porque atiende también a niños. En el caso del Clínicas tenemos equipos de guardia todos los días. Entre ellos están los residentes, no solo de Medicina y de Cirugía sino también de las especialidades. El volumen de asistencia y las exigencias docentes son altos. Tenemos que garantizar que todos los residentes que pasan por allí hagan un número de procedimientos adecuado y se entrenen en sus habilidades. A eso se agregan los estudiantes que hacen sus pasantías en la Emergencia. Pudimos resolver que en la noche quedaran ocho internos, que ya era un número alto.

En el Hospital duermen 85 médicos y técnicos que están de guardia. Hemos logrado que todos tuvieran un colchón de 18 centímetros, forrado y con almohada, y un baño funcionando. Sin embargo, no hemos logrado que se les tendan las camas. Es un problema que alguien se vaya a acostar a las tres de la mañana y se encuentre con la cama sin tender. Hay que buscar una solución.

Construimos un cuarto para ocho internos y, a los dos meses, teníamos diez. Vimos que había dos colchones en el piso, algo que no se podía aceptar. Resolvimos esa situación y conseguimos dos camas más. Sin embargo, este año aparecieron veinte internos, sin aviso.

Por otro lado, ¿cuántos estudiantes pueden entrar al block quirúrgico? Pensamos que una cirugía habitual incluye un cirujano principal, dos ayudantes, dos anestesistas y un ayudante, una instrumentista y una circulante. Eso suma ocho personas. En el caso de una derivación ventriculoperitoneal, a nivel internacional se ha demostrado que si hay más de tres personas en block el riesgo de infección escala. Eso lo demostró un equipo francés en Marsella. ¿Cuántas personas puede haber en una cirugía cardíaca?

SEÑOR PAGANINI (Doc.).- Una vez llegué a contar veinticinco personas.

SEÑOR VILLAR.- Justamente, ¿pondríamos a un ser querido en esa sala? ¿Qué derecho tenemos de poner a alguien en esa situación? Ahí empieza la discusión. Si se permite solo dos estudiantes ya hay lío porque Instrumentación Quirúrgica requiere que haya por lo menos otros dos estudiantes. Por ahora se llegó a un acuerdo de que haya cuatro estudiantes, pero eso también implica un conflicto porque, a veces, en el piso 10 hay cincuenta estudiantes de Instrumentación Quirúrgica esperando para entrar a block. Imagínense la presión que existe. Hablando con el Prof. Humberto Prinzo, que exigía que sus estudiantes vieran las operaciones de Parkinson, le planteamos qué pasa si se infecta un paciente y una de las causas es la cantidad de estudiantes. No debería ser el Hospital el que resolviera ese dilema. Como autoridades del Hospital tenemos la obligación de dar máxima seguridad a nuestros pacientes. Eso obliga a mantener la decisión de dejar entrar solo a cuatro estudiantes al block, lo que nos lleva a definir cuántos estudiantes pueden estar en una sala, y si es correcto que haya treinta en una sala de CTI. Además, hay que pensar que a los estudiantes de Medicina se han sumado, por suerte, los de Tecnología Médica, de Enfermería, de Nutrición y de Partería.

SEÑORA PRESIDENTA.- Damos la palabra al Dr. Martín Esteche.

SEÑOR ESTECHE.- Les pido disculpas por llegar tarde pero ayer empezó la implementación de un piloto de una nueva historia clínica en la puerta de la Emergencia. Es fundamental tener historia clínica que admita la prescripción electrónica, la utilización de imágenes y la trazabilidad. La historia clínica que se venía utilizando en el Hospital de Clínicas tiene una arquitectura mala, que requiere un

ejército de personas para mantenerla y sale caro. Presentamos un proyecto para financiar un sistema Enterprise Resource Planning (ERP) que permite la gestión de insumos, recursos humanos y costos. Muchas instituciones lo usan pero no asociado a la historia clínica. Lo que hicimos en este caso fue desarrollarlo de manera optimizada para el Clínicas. Con cada indicación o procedimiento podemos saber cuánto se consumió, cuánto bajó el stock, si se llegó al stock crítico y el costo. La gestión del stock de insumos es muy importante para controlar el gasto pero también para planificar el abastecimiento. Si aumenta el consumo vamos a saber si llegamos a fin de año con la planificación que tenemos. Saber el costo por paciente es importante por una cuestión de sostenibilidad del Hospital. En el convenio con ASSE está subvalorado ese costo de atención. Con este sistema podemos saber cuánto vale cada paciente y tener datos para negociar con ASSE o con otro prestador. Eso nos da un plus, porque Uruguay no tiene insumos para saber cuánto vale la atención. Hay toda una discusión de si estamos con problemas financieros porque las cápitas son insuficientes o porque gastamos mal el dinero. Hoy no sabemos cuánto sale una cirugía cardíaca o el tratamiento de una neumonía, o cuánto cuesta un adulto sano. Parte de este programa nos permitirá tener insumos para tomar decisiones. Ayer empezó su implementación y estamos como locos. Es increíble la capacidad del personal de enfermería, médicos e internos para rápidamente ir resolviendo los problemas que surgieron. Por eso llegué tarde, pero se los quería contar porque es un orgullo.

La actual dirección comenzó su gestión en 2021, durante la pandemia. Lo digo habiendo estado en la dirección anterior y habiendo sido residente en el Hospital en 2017: no hubiésemos podido afrontar la pandemia si hubiéramos seguido con la gestión anterior. Es una opinión mía pero es la realidad. Hubo que lograr que el Hospital funcionara, que ingresaran los pacientes, que se atendiera a los usuarios.

También hubo un tema de sostenibilidad del Hospital de Clínicas. Mucha gente no quería poner más dinero ahí por una cantidad de cosas que ustedes ya saben. Para evitar eso debíamos volvernos imprescindibles y que la puerta nunca cerrara. Eso fue lo primero que tratamos de resolver, pero lo hicimos sin tener claro algunos aspectos. Hay una relación simbiótica entre la asistencia, la enseñanza y la investigación. Es imposible creer que podemos resolver solo la asistencia. Es imposible pensar que vamos a cambiar los planes de estudios y la competencia salarial entre profesionales si no hay un buen campo de práctica. La asistencia es el vehículo para cualquier tipo de enseñanza. Para cualquier carrera del área de la salud necesitamos base de datos y pacientes que nos permitan ver casos reales. Para investigar también necesitamos pacientes. Por algo el Clínicas es un hospital universitario. En todo el mundo existen hospitales universitarios porque son el instrumento para cumplir con la función esencial de las universidades. Otro tema es el currículum oculto, es decir, lo que inconscientemente aprende el estudiante viendo cómo se asiste al paciente, las actitudes del personal, etc. Por más que uno le enseñe una cosa, lo que le queda es la forma de actuar, es decir cómo el médico o el personal de enfermería tratan al paciente, o cómo está internado. Podemos enseñar que los pacientes pobres pueden estar apilados en una sala de doce camas o que no importa que los estudios se pierdan. Eso no está bien. Por eso es fundamental cómo llevamos adelante el Hospital. Hoy tenemos salas individuales, todas pintadas, con aire centralizado, la paraclínica sale en el día y el promedio de estada bajó de 13 a 9 días, lo que permite que tengamos el doble de pacientes con las

mismas camas. Una preocupación que plantearon las clínicas médicas en 2020 fue que los estudiantes no veían pacientes. Ahora tenemos el doble de usuarios. Pasamos de 6.000 egresos a 11.800, comparando 2020 con 2024.

Si bien el impulso inicial fue solucionar problemas asistenciales, con el dinero que nos dieron, que no llega al 40% de lo que necesitamos, igual hemos hecho cosas. Los anfiteatros son un tema histórico. Hay fotos de Surraco durante su construcción. Se están recuperando, no solo su mobiliario y estructura general sino también colocándoles pantallas e instalación de audio. Además, tienen un equipo técnico de apoyo por si algo se rompe o si se corta el ZOOM, herramienta imprescindible para cualquier actividad docente. Todo esto dignifica a la gente que está dando clase y muestra la importancia que damos a la educación y a los estudiantes. Actualmente se han recuperado cinco y estamos trabajando en los demás.

Se recuperó el piso 19. Es un lugar hermoso, pero antes la gente no quería hacer actividades académicas allí porque no había las condiciones adecuadas. No había audio, se trababa el ZOOM y no había a quién llamar para solucionar los problemas. Centralizamos la solicitud de los salones. Su utilización pasó de 15.000 a 30.000 horas y los estudiantes empezaron a usar el piso 19. Es parte de la apropiación de los espacios que las actividades académicas puedan contar con un espacio digno y no tengan que alquilar un hotel.

Recientemente inauguramos un salón en el piso 6, con una dinámica nueva. Es más pequeño y tiene una plataforma que se puede mover para colocar una computadora en cualquier lugar. Son espacios para generar encuentros, discusiones de casos, etc.

A pesar de que la mayoría de las cirugías se transmiten de forma electrónica, se recuperaron las cúpulas que están sobre las salas del block quirúrgico. Se ve bastante bien las cirugías y se puede conversar sin que se escuche desde la sala. También hay un televisor conectado con lo que ve el cirujano, ya sea en directo o por laparoscopia.

El tema de los cuartos médicos no es menor. Es importante en qué condiciones duermen los médicos, qué comen y si tienen colchones. Es parte de cómo los cuida la institución y qué lugar les da a los internos, a los grado 2 y a los residentes. Los cuartos nuevos tienen mucha luz, con baños limpios, lockers, cocina, heladera, etc. Eso hace que la gente se sienta bien trabajando en el Hospital. Tenemos un problema serio porque la gente se va, ya que los sueldos son bajos. Por eso es importante darles un lugar cómodo, algo que hace a la cultura organizacional, al sentido de pertenencia y permite que los docentes den las clases más contentos y que los practicantes quieran venir al Hospital. El primer cuarto que se arregló fue el de los practicantes internos.

La Facultad insistió mucho en que las carreras que no eran la de Medicina tuvieran su lugar en el Hospital para que hicieran asistencia y lograran más integración con los servicios universitarios. El licenciado en Imagenología no tenía dónde dormir y ahora sí lo tiene. Anestesia, en el piso 18, tiene un cuarto médico muy lindo, al igual que la guardia médica de internación del piso 8. Lo mismo pasa con Nefrología y CTI, así como los cuartos de guardia de los cirujanos, que parecen salidos de un hostel.

Presentamos un proyecto junto con el Prof. Malacrida para un laboratorio de bioimagenología, apostando a la investigación básico-clínica traslacional y eso se está concretando, aunque todavía falta mucho. La idea es que haya un espacio para los investigadores en el piso 15. Por supuesto que todo esto se va a lograr si conseguimos financiamiento, porque ahora partimos del dinero que siempre tuvo el Hospital. Los proyectos nos permiten cierto desahogo así como la mejor gestión de los recursos, pero necesitamos financiamiento. La unidad de bioimagenología tiene una conexión con el Centro Interdisciplinario en Ciencia de Datos y Aprendizaje Automático (Cicada), de la Facultad de Ingeniería. Es un grupo muy interesante que trabaja con el procesamiento de imágenes. La propuesta es que ese grupo se instale en el Hospital de Clínicas, más precisamente en este laboratorio, y ellos pondrían los cargos docentes. De esa manera, tendríamos un grupo grande de ingenieros de altísimo prestigio para trabajar en conjunto con los clínicos. Esto siempre termina generando proyectos, porque la gente se reúne en la cantina a tomar un café y está comprobado que esos son los lugares donde surgen las ideas, cosa que no pasaría si cada uno estuviera en lugares diferentes.

Otro elemento que logramos fue que el Departamento de Educación Médica tuviera un cargo de coordinador, pagado por el Hospital de Clínicas. Se instaló un laboratorio con un simulador al que se le puede programar determinadas situaciones clínicas. Es un maniquí que habla, al que se le puede hacer maniobras respiratorias. Actualmente el lugar está todo el día lleno de estudiantes, cosa que antes no pasaba. Esto es parte de cómo enfrentamos la masividad, ya que con el modelo evitamos las maniobras con el paciente, ya que las destrezas se desarrollan con el simulador.

En el piso 7 tenemos el laboratorio de simulación de laparoscopia, donde se entrenan los cirujanos. Es parte de lo que establecemos en el nuevo proyecto, que implica centralizar la simulación. La idea es que todo el piso 7 pueda ser para eso. Hay una cantidad de iniciativas que, si están en línea con lo que queremos hacer, tratamos de facilitarlas.

Somos la segunda institución del país con una plataforma de cirugía robótica y el primer hospital. Si bien es una tecnología cara, es algo que se masificó en el mundo. Para que ingrese al país se necesita alguien que la enseñe. Por eso los lugares donde se instala esa tecnología son los hospitales universitarios, ya que ahí se forman los recursos humanos, se prueban los equipos y en cinco o diez años eso permite tener robots en otras instituciones. El tema es cómo manejamos los costos. Actualmente se hacen aproximadamente cien cirugías, con las que intentamos que todos aprendan y puedan participar para que haya un desarrollo de la enseñanza pero también de la investigación.

En Otorrinolaringología contamos con un laboratorio de simulación. El equipo permite colocar el material cadavérico y realizar la simulación. Para esto obtuvimos financiamiento e hicimos algunos comodatos, todo con mucho empuje de los clínicos y de los servicios que nos acercan ideas.

Otro tema es la masividad en las carreras de Tecnología Médica, con problemas para encontrar campos de práctica y horas docentes, que son los elementos claves. Los cargos que se crearon en los últimos tiempos han sido en el Hospital. El proyecto de neurorrehabilitación fue clave, con cargos de 30 horas. Hubo un problema con las UDA, que no podían pagar la compensación salarial por hacer asistencia y se la pagó el Hospital. Eso se logró con ingeniería de cargos vacantes.

En medio de la sala de Neurología hay un gimnasio para los pacientes con ACV, que cuenta con todo el equipamiento, entre ellos grúas para aquellos que no tienen estabilidad. También participa Terapia Ocupacional, que desarrolla utensilios adaptados a las dificultades de los usuarios. Aquí se crearon muchos cargos y campos de práctica.

El proyecto estrella fue el de Imagenología. El Clínicas es el único lugar del país que tiene un tomógrafo en la puerta de Emergencia, al lado del área de reanimación. Esto mejora los tiempos y la atención, enseñando que las cosas se pueden hacer rápido. A su vez, Imagenología tomó la posta de gestionar el servicio. Empezamos transformando toda la estructura de cargos de licenciados y técnicos en Imagenología en cargos docentes, pasantes e internos. Disminuyó el atraso ya que contamos con dos tomógrafos. Los licenciados empezaron a aprender a usar el angiógrafo y a hacer resonancias. Tenemos un resonador que funciona las 24 horas, donde pueden ir internos y pasantes para aprender. Eso generó una mejora de la atención y de los procesos. Todo esto es clave para tener más campos de práctica, establecer protocolos y generar investigación. Así evitamos que la gente tenga que estar pidiendo en los hospitales de ASSE que le dejen usar el tomógrafo. El equipo tiene que estar disponible en el hospital universitario para que la gente pueda implementar los proyectos que quiera.

Otra cuestión importante es que el mejoramiento de la función del Hospital, que es la enseñanza a través de la asistencia, se basa en generar cargos que mejoren la relación docente-estudiante, la relación docente-paciente, permitan brindar una mejor calidad asistencial pero también disponer de horas para hacer otro tipo de actividades. Creamos cargos de grado 3 para cada una de las clínicas médicas y otorgamos extensiones horarias, y creamos cargos R que dependen de la UA para diversificar la capacidad de hacer que la gente vuelva. Me refiero, por ejemplo, a un residente que al terminar quiere volver pero todavía no quiere aspirar al grado 2, o un grado 2 que terminó pero todavía no postuló a un grado 3, o un grado 2 que no quiere ser reelecto pero desea mantenerse para presentar proyectos o asistir a los ateneos. En todos los pisos hay internistas por un tema de seguridad, pero a su vez tienen más campo de práctica y alivianan el trabajo de los grado 2.

SEÑORA TOMASINA (Doc.).- El tema de los cargos grado R generó un poco de ruido, en el sentido de por qué no se generan cargos docentes directamente.

SEÑOR ESTECHE.- En el mundo hay cargos académicos de carrera y cargos de apoyo. Todo depende de la UA, y todos tienen tareas docentes y asistenciales. Es una forma de dar más accesibilidad a la gente que quiere participar pero todavía no es grado 2, está concursando o terminó el grado 2 y no hay un cargo de grado 3. Esto fue discutido con los profesores de Medicina Interna.

SEÑORA NEGRÍN (Doc.).- Eso es un poco paradójico, porque están asimilados a la actividad asistencial. Lo entiendo como algo más flexible, porque no son verdaderamente docentes pero tienen tareas docentes. Esa figura del cargo R la estuve pensando para la UA de Toxicología, que tiene pocos docentes para la enorme actividad asistencial. No me alcanzan los grado 2 porque cesan, otros renuncian y el acceso a los suplentes es escaso. Es interesante tener esos cargos R, pero mi miedo era que se perdiera la parte docente, que es lo único que sustenta algo pequeño en la estructura académica pero muy grande en la salud del país, ya que el Centro de Toxicología recibe 13.600 consultas y a veces no dan los recursos.

SEÑOR VILLAR.- La ventaja de la experiencia acumulada que tenemos es que no hay por qué discutirlo teóricamente. Si tuviéramos que discutir si es conveniente o no habría un montón de razones a favor y un montón de temores en contra. Creo que alcanza con ir al Hospital de Clínicas y analizar cada uno de los cargos R que hay para ver si algunos de los temores que teníamos se confirmaron. Se dio la paradoja de que en la Emergencia, por ejemplo, los residentes y grado 2 no sabían hacer una vía venosa central. Los cargos que hacen asistencia y están enseñando a hacerlo son los R. Hay lugares como Imagenología, cuyo objetivo es docente, pero para aprender tiene que haber pacientes. Hay horas a las que los estudiantes no pueden asistir porque tienen un ateneo o una reunión clínica. Ahí empieza la cuestión de cómo se planifica y se cumple estrictamente con los horarios, porque somos un centro asistencial. Debemos compatibilizar las actividades docentes y de investigación con las asistenciales. Procuramos que hubiera personas que organizaran y dieran respuesta a la parte asistencial, intercalando de la mejor manera todos los cargos docentes. Tanto Laboratorio como Anatomía Patológica tienen que funcionar de manera perfecta, como lo han hecho centros como el Clínic de Barcelona, el Hospital Universitario de San Pablo, el Hospital de Clínicas de Santiago de Chile o el Hospital Universitario de Cali, Colombia, que tienen una estructura que le llaman asistencial y una estructura docente. En muchos casos una cosa se junta con la otra: los cargos asistenciales son cargos docentes, pero en los casos en los cuales la estructura docente no es suficiente para resolver lo asistencial llenan esos vacíos con cargos asistenciales. A nosotros se nos ha dado la situación de tener que esperar hasta dos años para que se cubran cargos de grado 4 o más de un año y medio para que se cubra un llamado de grado 3. Tenemos un plan de tratamiento de cáncer de mama y estuvimos más de un año esperando para que se cubriera el cargo de cirujano. Nos pasa que se termina el cargo pero el llamado de la Facultad está demorado. ¿Qué hacemos en esos casos? ¿Suspendemos las agendas? ¿O lo resolvemos con estructuras como estas?

Basta con analizar caso a caso en el Hospital los problemas que surgen.

SEÑOR ESTECHE.- Está bien discutir pero también analizar la experiencia. Esto es bastante novedoso. El problema es que hay cargos vacantes de grado 2, y tuvimos que bajar la carga horaria porque no se presentaba nadie. Esto no sustituyó nunca el cargo docente. Esto es como cuando se tiene más de un hijo: el amor no se divide sino que se multiplica. Sin los cargos R, el grado 2 carga con toda la responsabilidad de la asistencia, de la enseñanza y de los pacientes. Por eso se multiplicaron las horas de los recursos humanos que dependen de la clínica médica. Habría que ver la evaluación de los profesores, pero creo que ha sido una experiencia muy buena.

SEÑORA PRESIDENTA.- Pregunto si una estructura no puede ir en detrimento de la otra.

SEÑOR PAGANINI (Doc.).- Desarrollar un centro de alto volumen que pudiera asistir y formar gente implicó en muchos momentos cubrir agujeros. También implica no perder gente, y para eso hay que remunerarla y generar cargos. Actualmente existe el plan de hacer un CTI que, desde el punto de vista asistencial, es determinante para la recuperación posoperatoria. Si uno mira la realidad, el CTI no tiene la capacidad de generar esos cargos.

SEÑORA PRESIDENTA.- Entonces, habría que pensar también en mejorar la calidad de los cargos.

SEÑOR PAGANINI (Doc.).- Hay gente que tiene cargo R hace años. A veces, para ser un centro de alta calidad asistencial hay que tomar desafíos grandes y asumir riesgos. Si se quiere tener gente de alta dedicación a la parte asistencial hay que pensar en la remuneración, pero también es peligroso crear solo cargos asistenciales y no cargos docentes.

SEÑOR VILLAR.- Hay una larga lista de cargos docentes que se han creado en el Hospital de Clínicas, además de llenar los cargos que se han ido vaciando. Los programas que se logró aprobar en el Parlamento, como el programa de mama o el programa de próstata, incluían varios cargos.

SEÑOR ESTECHE.- Son cargos creados en Oncología, CTI, Nefrología, Urología, Imagenología, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, etc. Hay grados 2 y 3 de Emergencia. Tenemos la mayor cantidad de cargos creados. Para salud mental, por ejemplo, va a haber cargos de Psicología. Todo se hizo con el dinero con el que se contaba. Sería ideal que muchos fueran con alta dedicación, pero para eso no alcanza.

En cuanto a las pasantías de otros servicios, como eran cuestiones académicas y de enseñanza, tenemos pasantes de Ingeniería, tanto en la parte de procesamiento de datos como en la reparación de equipos. También van a entrar de la Facultad de Artes para hacer talleres con la parte de salud mental.

SEÑOR PAGANINI (Doc.).- La Facultad tiene problemas de concreción de carreras por ausencia de unidades docentes. La parte asistencial no es para formar gente. Al ser un hospital universitario debe tener una alta calidad asistencial y docentes de excelencia. En el Claustro hemos discutido el tema del ingreso a la Facultad de Medicina en forma global y la masificación, así como la mortalidad académica.

SEÑOR ESTECHE.- Se necesita determinada cantidad de pacientes para mantener la curva de aprendizaje con un nivel técnico bueno. Por eso no puede haber un block quirúrgico o una maternidad en cualquier ciudad del interior. Hicimos un convenio con el Hospital Italiano para las transfusiones en los trasplantes, y con ese dinero creamos cargos docentes para Hemoterapia y dimos una compensación a los técnicos para que hicieran asistencia y docencia. Con la campaña de donaciones tenemos un montón de albúmina.

SEÑOR VILLAR.- Para dar respuesta a la cirugía cardíaca necesitamos neumocardiólogas y perfusionistas. Al aumentar las camas de CTI tuvimos que duplicar la cantidad de neumocardiólogas -son todas mujeres- en el piso 14. Es una especialidad de prácticamente no existía, y hoy por hoy no podemos hacer traslados seguros en Emergencia sin un neumocardiólogo en todos los turnos. En recuperación posanestésica también hubo que poner neumocardiólogos para el manejo de las bombas. Al crecer el Hospital aumenta la demanda de técnicos radiólogos, neumocardiólogos, etc. Ayer me preguntaba la consejera estudiantil por qué no tenemos a los psicoterapeutas en el centro de rehabilitación del piso 2. Esa es otra demanda que va surgiendo a medida que se va desarrollando la rehabilitación. Si estuviéramos en un nivel bajo de actividad, ni siquiera tendríamos justificación para pedirlo.

SEÑORA TISCORNIA (Doc.).- ¿El contrato de los cargos R incluye específicamente actividad docente e investigación, o es a voluntad del contratado?

SEÑOR VILLAR.- Ningún docente de esta Facultad firma un contrato. Se llama a un grado 2, por ejemplo, para trabajar en un lugar, y a veces lo perfilamos. Revisen los llamados que hacemos y van a ver que no se aclaran los horarios ni las guardias de los fines de semana, sino generalidades. A quien gana un concurso le avisan para que tome posesión del cargo. Nadie le establece horarios y obligaciones concretas a través de un contrato.

SEÑORA TISCORNIA (Doc.).- Lo entiendo, pero nosotros como docentes nos presentamos a un llamado de la Universidad de la República para cumplir funciones docentes que ya están definidas, más allá de la asistencia, la investigación y la extensión.

SEÑOR VILLAR.- Pero ¿qué docencia van a tener que hacer en el cargo que asumen? ¿Los profesores de Cirugía tienen que enseñar a operar? ¿Tienen que participar en las cirugías? ¿Tienen que ir al block quirúrgico? ¿Tienen que ir a policlínica? ¿Eso está definido? En ningún lado está escrito que el grado 3, el grado 4 o el grado 5 tienen que enseñar policlínica. Lo digo porque me parece que es un cambio que hay que hacer rápidamente e ir a un sistema de contratos donde esté específicamente aclarado lo que esperamos que haga cada uno. Pensábamos que eso iba a ser obvio pero no lo es, y como no está escrito es muy difícil exigir el cumplimiento. La dirección del Hospital de Clínicas ha sido muy cuidadosa en no meterse en la academia, pero deberíamos tener un instrumento que nos permitiera evaluar si está bien que un cirujano no opere a ningún paciente en todo el año o un cirujano no vaya nunca al block. El abogado me dice que no tenemos cómo exigirlo porque no hay contratos.

SEÑORA TISCORNIA (Doc.).- Estoy de acuerdo en que puede ser una debilidad de la Universidad, pero la pregunta es si está escrito en algún lado que el cargo R tiene funciones asistenciales y de apoyo a la docencia.

SEÑOR VILLAR.- No. En los hechos, todos los cargos R hacen docencia, y con creces, porque están todo el tiempo con los pacientes. Uno de los dos grado 2 que entró en Emergencia tenía un cargo R, porque al terminar su residencia quedó esperando para poder ingresar. Eso es un desperdicio brutal de talentos. A veces tenemos cirujanos con una experiencia técnica espectacular a quienes se les termina el cargo y tienen que esperar cinco años para ser contratados. Este es un instrumento para que esa gente no quede afuera, porque muchas veces los contrata el sector privado y después es muy difícil que vuelvan. Si tiene un contrato en un cargo R está en actividad y vinculado a la cátedra, por lo que si surge un cargo docente los propios profesores le piden que se presente.

SEÑOR ESTECHE.- La UA es la que distribuye las tareas, y en ningún caso fue en sustitución de un cargo docente que ya existía. No transformamos ningún cargo docente. Esto fue un agregado, con distintos perfiles que antes no accedían.

SEÑORA MARTÍNEZ (Laura) (Doc.).- ¿El director de la UA puede asignarle tareas docentes?

SEÑOR ESTECHE.- Depende de ellos.

SEÑORA NEGRÍN (Doc.).- Pero no están obligados si no quieren hacerlo.

SEÑOR VILLAR.- No, no están obligados.

Por supuesto, van a estar dentro de unidades académicas, pero tenemos que pensar si la forma de funcionamiento del Hospital de Clínicas es la mejor. Por

ejemplo, hay hospitales en el mundo que están saliendo de la división por sistema anatómico y están organizándose en torno a unidades funcionales. Si la cirujana de cáncer de mama que tenemos -que es espectacular- termina su grado 2, se hace un llamado en la Clínica Quirúrgica. Se puede presentar un cirujano que no le guste tratar el cáncer de mama. El grado 4 de una de las clínicas quirúrgicas es brillante en cirugía bariátrica, que se hace en el Hospital Maciel. En esa situación, si los llamados fueran por unidades funcionales el cirujano estaría más vinculado al cáncer de mama que a la cátedra de cirugía quirúrgica. Puede participar en una actividad semanal o quincenal de la cátedra, pero en realidad su cabeza está metida en el cáncer de mama. Entonces, nos tenemos que preguntar si realmente crear una cátedra es la forma en que la Facultad puede solucionar el problema. ¿Quién va a dirigir la cátedra? Si creamos, por ejemplo, la cátedra de Emergencia, se puede dar que la Emergencia del Hospital esté dirigida por la cátedra de Emergencia, con un grado 5 y dos grado 4 de Emergencia, pero no hay una enfermera ni técnicos ni psiquiatras ni ingenieros en sistemas informáticos ni un químico farmacéutico en el equipo de dirección. Ahora con las unidades académicas podría llegar a encontrarse una fórmula, pero pensemos si la forma de dirigir los servicios es esa. En el Hospital Universitario de Cali tienen ingenieros participando en la dirección del Laboratorio. Tenemos que pensar en todos estos temas, porque el hospital universitario es escuela no solo de Medicina, por lo que habría que repensar la forma de organización de los procesos. Si no lo hacemos pasamos a ser el lastre del sistema de salud, y no la vanguardia. El Hospital de Clínicas fue el que creó en el Uruguay la idea de los cuidados progresivos, de los CTI, de los cuidados intermedios, etc., cuando en su momento era impensable esa organización.

Esto de los cargos R es algo que hay que seguir analizando, pensar si es la mejor forma y si en el contrato no debería haber una cláusula que los obligue a hacer docencia o investigación. Si lo que planteamos es viable, nadie se va a negar, pero tenemos que buscar la forma de diseñar cargos más interesantes.

SEÑORA MARTÍNEZ (Laura) (Doc.).- ¿Qué dependencia tienen los cargos R con el Hospital de Clínicas? ¿Tienen que facturar?

SEÑOR VILLAR.- Son cargos de dependencia.

SEÑOR PAGANINI (Doc.).- El 30% del ingreso de quienes hacemos asistencia es por las unidades asociadas, y se factura. Alrededor del año 2010, en el gobierno de Mujica, se logró el aumento del ingreso y los docentes recibimos una remuneración por asistencia de ASSE.

SEÑORA TISCORNIA (Doc.).- La comisión del Claustro en la cual hemos participado, que refiere al Hospital de Clínicas, debatió sobre la coexistencia de las unidades académicas con las unidades asistenciales, yendo hacia la excelencia de la calidad asistencial. Allí surgió la preocupación de la cogobernanza de dos unidades. Ahora entiendo, de acuerdo al planteo que se hace, que en esa excelencia que todos queremos no habría una coexistencia de unidades asistenciales con unidades académicas. ¿Esto es así?

SEÑOR VILLAR.- Lo que dije fue que varios hospitales universitarios en el mundo tienen cargos asistenciales y cargos docente-asistenciales, pero no unidades asistenciales. Toda la asistencia en el Hospital la organizan unidades que hacen docencia e investigación. Ningún servicio es solo asistencial. La Dra. Negrín, por ejemplo, tiene que responder las 24 horas. Si mañana se suspenden las clases, igual tiene que estar las 24 horas pendiente del teléfono por si aparece algún into-

xicado. En muchos casos, la ausencia de profesionales genera una complicación enorme porque el Hospital tiene que garantizar la asistencia las 24 horas durante todo el año, perjudicando lo menos posible las actividades académicas.

Estoy convencido de que cuando alguien ejerce la Medicina está enseñando. Antes había docentes en cargos altos que no enseñaban a nadie. Tengan la plena seguridad de que esta dirección está convencida de que la docencia es la solución más conveniente, ya que prestigia cualquier centro. Seguimos contratando como en el siglo XIX. Contratar a una persona tiene que asegurar resultados de calidad. Para eso, además de los méritos académicos y los trabajos publicados deben garantizar buenos resultados. En el programa de mama, si la cirujana operara mal o se generaran complicaciones, por más que digamos que somos el hospital universitario no iría nadie a operarse allí. Si un anatomopatólogo no informa bien, la gente no va, y los cirujanos no le envían las piezas de laboratorio sino que las mandan afuera. En Hematología, muchas veces no se mandaban al Hospital. Entonces, por más que digamos que somos universitarios y tengamos el título, para obtener los mejores resultados y si queremos asegurar docencia vamos a tener que buscar formas de contrato distintas.

Imagenología, por ejemplo, no tiene a nadie que enseñe ecografía de músculo esquelético, porque el que estaba se fue. No se trata de un cargo docente sino de la persona. Para enseñar a los imagenólogos quiero que esa persona les dedique tiempo y les enseñe, para que en dos años tengamos diez capacitados. Si seguimos con los sistemas de contratación que tenemos, donde se hace un llamado, siempre va a haber problemas para conseguir a alguien idóneo. Las herramientas que nos da la Facultad en ese sentido y los tiempos no nos ayudan.

SEÑORA TISCORNIA (Doc.).- Es bien importante aclarar este punto, que es central y nos preocupaba como Claustro. Habíamos percibido un riesgo en la gobernanza de dos espacios que queremos que sigan teniendo un fin universitario. Me refiero a que sean lugares donde se enseñe, se investigue, se haga asistencia y se cumpla con todas las funciones. En lo personal, esto me cambia bastante el panorama que nos habíamos hecho.

SEÑORA IZQUIERDO (Doc.).- En el tema de Emergencia, no terminé de entender si la unidad académica puede perfilar un cargo. Sé que los cargos son de la unidad, pero se pueden perfilar de acuerdo a las necesidades. También quiero comentar que a veces el plan de obras no se conoce, lo que dificulta la planificación de los semestres y la organización de las prácticas, sobre todo si hay atraso curricular.

SEÑOR VILLAR.- Justamente, el hecho de que la unidad académica no se haya desplazado de sitio es la demostración de que todo se hace valorando la docencia y teniendo flexibilidad. Si siguiéramos el programa de obras que se votó en el Consejo Directivo Central, este año tendría que haber empezado la obra del block, por lo que tendríamos que haber desalojado Cosmetología Médica, Fonoaudiología, etc., que son los servicios que ocuparon esos lugares donde va a estar el block. No podemos sacar a nadie del lugar donde está sin ofrecerle un destino. Teóricamente, lo mejor para nosotros sería que pudieran ir adonde está Dermatología, porque consideramos que son unidades académicas. Allí tienen un excelente anfiteatro que no se usa todos los días, salones, lugares para policlínica, un block quirúrgico y condiciones excelentes. Sin embargo, en la práctica hay enormes problemas.

SEÑORA IZQUIERDO (Doc.).- Los lugares para policlínicos son muy reducidos por la masividad de estudiantes y, además, tenemos pocos docentes.

SEÑOR VILLAR.- Eso pasa en muchos servicios. Hay que discutir cuántos estudiantes se puede aceptar que estén dentro del consultorio. El grupo de arquitectos diseñó los policlínicos que todos conocen por la vacunación, que son amplios y cómodos, pero si tenemos en cuenta la cantidad de estudiantes que están recibiendo actualmente nos quedan chicos. Es un problema que compartimos.

SEÑORA PRESIDENTA.- El examen de ingreso es un límite. En esta refuncionalización tal vez puedan quedar espacios libres en otros lugares para ser reubicados.

SEÑOR VILLAR.- Para eso necesitamos dinero. Cada espacio libre hay que limpiarlo, mantenerlo, cambiar las lamparitas cuando se queman, barrerlo todos los días, brindar seguridad. Sé que va a haber espacios libres, pero quedan porque nuestro presupuesto nos permite un funcionamiento con 350 camas. Si vamos a ir a un Hospital de 600 camas debemos tener más del doble del presupuesto. La compactación es una forma de que el Hospital sea viable, pero hay que pensar, por ejemplo, cuántos baños somos capaces de mantener, porque hay que limpiarlos cada dos horas, poner papel higiénico, jabón, etc. No podemos hablar de calidad si no pensamos en estas cosas. Cada vez que se presenta un proyecto arquitectónico, la primera queja es la falta de baños.

Enfermería pasó de la mitad del piso 3 al edificio nuevo, pero todavía no se ha ido del todo del Hospital. El lugar que dejó libre Tecnología Médica lo ocupó Enfermería, y esto nos está complicando la obra del CTI nuevo. Realmente, con el aumento de la matrícula de Enfermería hay que salir a buscar más espacio. Por eso amenazaron incluso con encadenarse en la puerta del Hospital para que les diéramos tres pisos. Perfecto, pero ¿quién mantiene esos pisos?

SEÑORA PRESIDENTA.- Esperamos que a los compañeros claustristas les haya servido esta visita. No nos queda más que darles las gracias al Dr. Villar y al Dr. Esteche por aceptar la invitación y venir a ilustrarnos sobre ciertas situaciones en el Hospital de Clínicas.

SEÑOR VILLAR.- Les agradezco y les pido disculpas si nos extendimos demasiado, pero se tocaron temas que para nosotros son fundamentales.

SEÑORA PRESIDENTA.- Se levanta la sesión.

(Es la hora 16)