

Postulación al llamado al Cargo de Profesora Titular de la Clínica Psiquiátrica

Antonieta Sandra Romano Fuzul

Diciembre 2016

Contenido

Índice	¡Error! Marcador no definido.
Tabla de ilustraciones.....	3
1. Aproximación inicial al concepto del cargo.....	4
1.1. Universitaria	4
1.2. Docente	6
1.3. Médica	7
1.4. Psiquiatra.....	8
2. Dirección de la Clínica Psiquiátrica	9
2.1. Funciones de Profesor Titular de la Clínica Psiquiátrica	10
2.2. Subjetividad.....	10
3. Introducción	12
3.1. La psiquiatría como disciplina médica	13
3.2. Contexto social	14
3.3. Contexto sanitario en Uruguay	16
3.3.1. Salud Mental	16
3.3.2. Los psiquiatras en el sistema de atención.....	20
4. Situación actual de la Clínica Psiquiátrica	22
4.1. Estructura y organización	22
4.2. Recursos Humanos.....	24
4.3. Plan de estudio.....	26
4.3.1. Formación de grado	26
4.3.2. Formación en la especialidad	27
4.4. Investigación	28
4.5. Vínculos internacionales	28
5. Lineamientos y propuestas del plan trabajo.....	29
5.1. Objetivos	29
5.2. Gestión institucional	29
5.2.1. Fortalecimiento del capital humano y social	29

5.2.2.	Adecuación de la estructura y organización	33
5.3.	Dirección y gestión académica	34
5.3.1.	Área docente asistencial	34
5.3.2.	Investigación.....	38
5.3.3.	Extensión	39
6.	Funcionamiento y actividades.....	41
6.1.	Actividades	41
6.2.	Cronograma de los 2 primeros años	42
7.	Monitoreo y evaluación	42
8.	Bibliografía	43

Tabla de ilustraciones

Esquema 1	Evolución de la atención psiquiátrica y en Salud Mental	19
Esquema 2	Estructura y distribución de RRHH de la Clínica Psiquiátrica.....	22
Esquema 3	Presencia de las diciplinas de SM en el Plan 2008	26

Concepto del cargo

En una aproximación inicial al concepto del cargo planteo el sentido e implicancias de éste rol desde una mirada general, trascendiendo el contexto particular. En una segunda mirada se contextualiza el cargo mirando a nuestra Clínica Psiquiátrica, en su transcurrir, en su permanencia, y en la coyuntura actual, avanzando algunos aspectos que se retoman en el plan de trabajo. Finalmente imagino y expongo un posible escenario y ejercicio del rol, incluyendo aspectos objetivos y subjetivos.

1. Aproximación inicial al concepto del cargo

Asumir y ejercer un cargo de Profesora Titular en la Universidad de la República¹ es un privilegio, una oportunidad y un gran compromiso, como universitaria, como docente, como ciudadana, como persona.

Que ese cargo sea en la Facultad de Medicina², vincula dicho ejercicio a un asunto particularmente sensible en nuestra sociedad: la salud de la población y su atención, la identificación de necesidades y el aporte a la generación de conocimiento y de respuestas eficaces y adecuadas.

En el contexto nacional actual, de revisión y reforma del sistema de salud³ y de educación⁴, de propuesta de una nueva ley de salud mental, de puesta en marcha de nuevos planes de estudio, la Salud Mental y específicamente el ejercicio y enseñanza de la Psiquiatría, son temas en debate en ámbitos académicos, políticos, medios de comunicación, sociedad civil organizada entre otros.

En esta aproximación inicial quiero exponer que implica para mi ser universitaria, docente, médica, psiquiatra, y que particularidades tiene la dirección de un servicio vinculado a la construcción de estas identidades.

1.1. Universitaria

La noción de universidad sigue evocando sus orígenes, comunidad (*universitas*) de estudiantes y maestros, que sustenta su hacer en la necesidad de conocer, de estudiar, de saber. Espacio creado y desarrollado de distintas formas según el contexto y el momento histórico. Espíritu curioso y constructivo que valoro mucho y espero pueda plasmar en sostener un espacio colectivo de actitud abierta, observadora y crítica, dispuesta a la pregunta, al intercambio y a la escucha.

La UdelaR comparte con los demás países del continente la cultura emergente del proceso histórico de la Reforma Universitaria surgido en Córdoba que dio origen al modelo de universidad latinoamericana, sustentada en los principios de autonomía, cogobierno,

¹ De ahora en adelante se abreviará Universidad de la República como UdelaR

² De ahora en adelante se abreviará Facultad de Medicina como FM

³ Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, Ley 18.211 del 02 de diciembre de 2007

⁴ Ley General de Educación N° 18437 del 12 de diciembre de 2008

extensión universitaria, acceso por concurso y periodicidad de la cátedra, libertad de cátedra, cátedra paralela, amplio acceso y gratuidad, inserción en la sociedad.

En nuestra tradición el accionar universitario es indisoluble del compromiso con el desarrollo de una sociedad basada en justicia e igualdad, de oportunidades, de derechos y de condiciones de vida, que promueva los vínculos de cooperación y solidaridad que constituyen su capital social.

En este momento de debate sobre cambios necesarios en la estructura académica, funcionamiento y marco legal de la Universidad, las diversas propuestas y opiniones coinciden en la vigencia de los fines consagrados⁵ en la Ley Orgánica actualmente vigente.

...“La Universidad de la República tendrá a su cargo la enseñanza pública superior en todos los planos de la cultura, la enseñanza artística, la habilitación para el ejercicio de las profesiones científicas y el ejercicio de las demás funciones que la ley le encomiende. Le incumbe asimismo, a través de todos sus órganos, en sus respectivas competencias, acrecentar, difundir y defender la cultura; impulsar y proteger la investigación científica y las actividades artísticas, y contribuir al estudio de los problemas de interés general y propender a su comprensión pública; defender los valores morales y los principios de justicia, libertad, bienestar social, los derechos de la persona humana y la forma democrático-republicana de gobierno”.

“...Se reconoce asimismo a los órdenes universitarios, y personalmente a cada uno de sus integrantes, el derecho a la más amplia libertad de opinión y crítica en todos los temas, incluso aquellos que hayan sido objeto de pronunciamientos expresos por las autoridades universitarias.”⁶

Como universitaria comparto este compromiso institucional, aprendido desde la pertenencia social y desde el legado que implica la formación recibida en esta misma Universidad. Los principios de autonomía y libertad de pensamiento, exigen responsabilidad, participación y una actitud reflexiva, crítica y autocrítica que se plasme en pensamiento y acciones.

Una responsabilidad en la conducción de los servicios es la promoción de un ambiente de aceptación de la diversidad, respeto de la divergencia e intercambio respetuoso de ideas, revisión de prácticas y actitudes.

Esta necesidad que es identificada por muchos universitarios en relación al desempeño técnico profesional y humano; encuentra mayores dificultades a la hora de tratar asuntos de política universitaria, como es en este momento el debate sobre la transformación de la UdelaR y sus servicios. La participación en la creación y mantenimiento de espacios colectivos constituye un problema actual, en muchas instituciones y ámbitos, problema también presente en la UdelaR, en la FM y en la Clínica Psiquiátrica.

Desde fines de los años 60 se discutió en la Universidad la necesidad de cambios que adecuaran su estructura y funcionamiento a una matrícula en rápido crecimiento y a demandas mayores y más complejas de la sociedad, proceso frustrado por la dictadura, que se

⁵ Varios documentos de grupos y comisiones del orden estudiantil y docente y la Resolución de la Asamblea General del Claustro de la UdelaR del 23 de julio de 2008 reafirman la vigencia de estos postulados.

⁶ Artículos 2º y 3º de la Ley 2549 de 1958.

reactiva progresivamente con el retorno a la democracia, con mayor intercambio y producción en los últimos veinte años⁷.

Existe acuerdo en que la estructura debe ser más flexible, favoreciendo intercambio, cooperación, interdisciplina, diversificación y movilidad horizontal, descentralización de la propuesta educativa y de los campos de aprendizaje. También existe consenso en profundizar la interacción con la sociedad y ampliar el cogobierno. Varias de las propuestas del Plan Estratégico están en desarrollo, (consolidación de comisiones sectoriales, creación de pro-rectorados, creación de espacios multidisciplinarios, etc). Continúan en controversia propuestas de forma, oportunidad y contenido del cambio del marco legislativo.

Pese a la trascendencia del tema, la discusión de la reforma de la UdelaR y de la Ley Orgánica no ha convocado a la comunidad universitaria con la fuerza necesaria. El buen desarrollo de los cambios necesita de la apropiación del proceso por los involucrados, los docentes, los estudiantes, los funcionarios y la sociedad, a la que esta Universidad se debe. Colaborar en este proceso promoviendo la participación comprometida de los y las integrantes de la Clínica y de la FM es una tarea inherente a la conducción de una cátedra de la UdelaR.

1.2. Docente

El rol docente se va incorporando y desarrollando desde el lugar de estudiante a partir de los modelos recibidos y de las situaciones vividas, en nuestra formación este proceso está estrechamente relacionado con el de médico y de psiquiatra.

En el discurso que el Profesor Murguía realizó al ser designado Maestro de la Medicina uruguaya, rememora quienes fueron sus maestros y destaca de ellos los aspectos para él más relevantes, y de mayor impacto en su formación.. También refiere haber recibido de unos tíos médicos *“como modelo ético la ineludible responsabilidad al límite de la obsesión asumiendo naturalmente que todos tenemos los mismos derechos y las mismas responsabilidades.”* (Murguía, 2000.pág.). Sin lugar a duda esa fue una impronta permanente, transmitida diariamente en su práctica.

Sobre esto me interesa hacer dos reflexiones. Como docente, tan importante como nuestros conocimientos, es lo que hacemos con ellos y nuestras actitudes. En ese hacer devenimos en un referente ético y de relacionamiento humano. A la vez que esto es inherente al ejercicio de la docencia, no puede quedar librado únicamente a las características y cualidades naturales de cada uno, es necesario tener espacios de trabajo específicos para desarrollar habilidades y profundizar conocimientos sobre los procesos enseñanza aprendizaje.

Este ha sido una debilidad en la formación de los docentes de la UdelaR y constituye una preocupación plasmada en las propuestas de cambio y el perfil docente que la FM definió.⁸

El perfil planteado destaca los aspectos éticos, sociales y de compromiso institucional que analizamos como inherentes al ser universitario. Destaca también la necesidad de estar capacitado para la gestión y para el trabajo en equipo multidisciplinario, características especialmente relevantes en el caso de asumir un cargo de dirección.

⁷ Un hito en este proceso fueron las jornadas institucionales de mayo de 1997 “La Universidad de la República en un tiempo de cambios” en que se discutieron estos temas y se profundiza el debate sobre la modificación de la Ley Orgánica.

⁸ Asamble del Claustro, 1995 <http://www.fmed.edu.uy/institucional/perfil-del-docente>

Me interesa detenerme en la concepción de la docencia como una tarea de equipo. La creación de un grupo centrado en la tarea común, sustentado en una práctica crítica y de respeto, con compromiso, responsabilidad y rigor académico, apoya y garantiza el ejercicio de la libertad de opinión y de cátedra, y constituye el ámbito propicio para el proceso enseñanza – aprendizaje.

Espacios de formación así concebidos ofrecen a sus integrantes posibilidades de indagación acerca de los problemas y de sí mismo frente a ellos, multiplica los modelos y enriquece la interacción.

El trabajo en equipo interdisciplinario y el empleo del método científico como estrategia de conocimiento y testeo de la realidad, aportan a la generación de nuevas formas de relacionarse con el saber y al desarrollo técnico profesional permanente, aspectos que el perfil de docente jerarquiza.

La multiplicidad de espacios de aprendizaje y la posibilidad de participación en múltiples grupos, potencia la capacidad crítica y de autocrítica y facilita el trabajar con diversidad de opiniones y estilos. La formación técnico profesional y científica requieren el desarrollo de capacidad de adaptación a condiciones diversas, como diversos son los contextos para los cuales se preparan los estudiantes y también los docentes.

En los siguientes apartados se analizan aspectos de la docencia en medicina y psiquiatría en el contexto del Plan de Estudios 2008.

1.3. Médica

El aprendizaje de la medicina se realiza mayoritariamente en servicio, y al lado de la gente. Esta característica particular requiere la consideración del contexto de aprendizaje y de ejercicio profesional al momento de hablar del rol de médica.

Transitamos la transformación de la organización asistencial hacia un Sistema Nacional Integrado de Salud, con la meta de instaurar políticas de salud integral, intersectorial, sustentada en valores humanistas de igualdad, que brinde cobertura universal, accesible, oportuna, continua, sustentable, de la mejor calidad posible, eficaz y eficiente en términos sociales, con un financiamiento solidario. Las disposiciones propugnan por una estrategia de Atención Primaria de Salud con base territorial organizada en redes por niveles de complejidad con un lugar jerárquico a las acciones de prevención y promoción de salud. Similar orientación sostuvo las propuestas del Plan de Estudio 2008 (Claustro, 2008).

El Claustro de la FM definió en 1995 el Perfil del Médico⁹ a ser formado:

“Un médico responsable, con sólida formación científica básica y clínica, capaz de realizar diagnósticos correctos, tomar decisiones clínicas precisas, comunicarse adecuadamente en su misión de prevenir, asistir y consultar; profundamente humanista, crítico, preparado para investigar, educar y educarse, dispuesto siempre a aprender, elaborando durante su preparación las herramientas metodológicas imprescindibles a tal fin; comprometido con la ética, preparado conscientemente para trabajar en un sistema

⁹Claustro, <http://www.fmed.edu.uy/institucional/perfil-del-medico>

que priorice la Atención Primaria de Salud, y adiestrado para interactuar armónicamente con los otros profesionales y técnicos de las Salud”.

Concordante con esta visión del egresado y con los documentos previamente citados se gesta el Nuevo Plan de Estudios¹⁰, cuya instrumentación produjo su primera generación de médicos egresados este año. El Plan tiene una orientación clara hacia la formación del perfil médico propuesto, pero permanecen abiertas algunas de las cuestiones en discusión en la UdelaR, en particular la necesidad de flexibilización curricular y movilidad horizontal, la previsión de mecanismos de monitoreo y posibilidad de ajuste de las propuestas.

Como médica participo en este proceso de transformaciones, y lo vivo como un desafío grato, no exento de conflictos. Comparto las orientaciones y principios de las reformas propuestas en la salud, en la ley de salud mental en discusión parlamentaria y en la formación del personal de salud, lo cual es una fuerte motivación para trabajar en la concreción de sus metas. Considero que los cambios en curso beneficiarán a la población y a la sociedad en su conjunto. En el trabajo cotidiano las acciones que conducen a efectivizar el cambio no son tan claras. La complejidad de factores implicados genera tensiones de intereses y puntos de vista, plantea dudas, amplía perspectivas que tanto ratifican como rectifican posiciones y prácticas. Algunos factores involucran actitudes y sistemas de creencias que sustentan prácticas discriminatorias o las tensiones entre identidades disciplinarias e interdisciplina, a veces fecunda y a veces con deslices hacia el corporativismo irracional. Otros factores se refieren a la inadecuación de las estructuras institucionales y persistencia de condiciones de trabajo desfavorables que dificultan los cambios. A modo de ejemplo el trabajo médico remunerado por acto médico, y la no previsión de tiempo para trabajo en equipo y tareas comunitarias.

El desafío para avanzar en esta construcción requiere compromiso, participación y disposición a la revisión individual y colectiva de prácticas y fundamentos de estas.

1.4. Psiquiatra

“Lo primero, entonces, para el ejercicio ético de la Psiquiatría es la intuición participativa. Uno está obligado deontológicamente a intuir qué le pasa al paciente y hacerse cargo de lo que le ocurre.”
Prof. D. Murguía

Desde el inicio de mi formación la psiquiatría me compromete, me entusiasma y por momentos me fascina; como área de conocimiento, como ejercicio profesional y en la posibilidad de compartir ese saber y hacer en el ámbito académico.

El desafío intelectual de comprender el psiquismo humano y la grata experiencia de aproximarme a la comprensión de la persona desde el espacio de encuentro, se complementan y sostienen mutuamente.

A la vez el ejercicio de la psiquiatría nos acerca al sufrimiento humano y a los aspectos menos luminosos del ser y existir, momentos de quiebre, pérdida y desesperanza.

¹⁰ Plan de Estudios – Aprobado por la Asamblea del Claustro en su sesión del 27 de diciembre de 2007, Aprobado por el Consejo de Facultad de Medicina en su resolución N° 55 de fecha 26 de marzo de 2008 y por el Consejo Directivo Central en su resolución N° 11 de fecha 9 de diciembre de 2008.

Transitar el camino junto al otro exige disponibilidad, observación, escucha, cuidado y conocimiento del límite, de lo posible y no posible en el otro, en el vínculo y en uno mismo. Este conocimiento desde la experiencia es uno de los aspectos más complejos de transmitir y aprehender. Es un aprendizaje muy personal que desde el espacio docente asistencial podemos acompañar, pero no transferir.

Parte de nuestra función es propiciar situaciones que favorezcan este aprendizaje reflexivo. El grupo humano de pares y docentes, el espacio colectivo y la calidad de las relaciones que en él se despliegan pueden actuar como clima propicio y potenciador.

Aceptar la mirada y la opinión del compañero y recíprocamente observar y devolver lo percibido con cuidado, respeto y empatía es una forma privilegiada de desarrollar esas habilidades, necesarias al rol.

2. Dirección de la Clínica Psiquiátrica

La Clínica Psiquiátrica cumplió 100 años en el 2008, desde su inicio en el Manicomio Nacional ha sido el único lugar en el que se brinda formación curricular para acceder al título de Especialista en Psiquiatría.

Se han sucedido direcciones¹¹ y cuerpos docentes, estudiantes y pacientes que construyeron esta institución.

La disciplina evolucionó y en sus procedimientos y recursos se operaron profundos cambios. De las descripciones de los primeros 70 años, (Puppo-Touriz, 1983; Murguía, 1987), abarcando el período hasta la intervención de la Universidad, se construye una trayectoria donde algunas características permanecen: sólida formación médica, incorporación progresiva de innovaciones y recursos, que se integran a la práctica a través de un proceso de revisión y adecuación al medio.

Según Murguía y Soiza Larrosa (D. Murguía, 1987) el pensamiento psiquiátrico uruguayo se caracterizó por una perspectiva integracionista que se inicia con Sico y García Aust, y que se refleja en una práctica clínica de visión antropológica, con mira en el hombre enfermo, que en gran medida mantiene su vigencia.

Mi vinculación con la Clínica se inicia en el Hospital Musto en el año 1985, como practicante interna. Realizar un análisis de estos años requeriría de una perspectiva que no dispongo. Sólo haré referencia muy brevemente a ideas y formas vinculadas con estos últimos 20 años, que siento como intereses incorporados, compromisos asumidos y algunas preocupaciones.

De los primeros años destaco el desafío de acercarme y entender a las personas en su individualidad y circunstancia, el esfuerzo en integrar este abordaje a mi identidad de médica, el proceso de transformaciones e incorporación de las herramientas y conocimientos que posibilitaron el desarrollo de mi incipiente rol de psiquiatra. La posibilidad de ejercicio de la residencia, que por esa época se iniciaba facilitó ese transcurso.

¹¹ Profesores de la Clínica Psiquiátrica: 1908 – 1925- Bernardo Etchepare, 1925 – 1936 Santín Carlos Rossi, 1943 – 1949 Antonio Sicco, 1949 – 1954 Elio García Austt, 1956 – 1872 Fortunato Ramirez, 1972 – 1974 Juan Carlos Rey, 1980 – 1984 Hector Puppo Touriz, 1984 – 1996 Enrique Probst, 1997 – 2004 Angel Ginés, 2005 – 2009 Mario Orrego Bonavita.

Durante la intervención la Clínica fue dirigida entre 1975 y 1980 por Carlos Hugo Tobler

En los años posteriores el proceso de expansión de la Clínica, la cercanía con el sistema de atención y el compromiso asistencial, originaron un interés y una preocupación que mantengo hasta hoy, las formas de organización y la evaluación de la atención en Psiquiatría, en el propósito de generar estructuras capaces de responder a las necesidades de la población.

Estos últimos años la necesidad de mejorar las capacidades docentes y de generación de conocimiento de nuestra Clínica, junto al cometido de mejorar el perfil de psiquiatra que egresa, constituyen un mandato que acepto con gusto.

2.1. Funciones de Profesor Titular de la Clínica Psiquiátrica

Asumir el rol implica conducir y coordinar, ejercer el poder inherente al cargo con responsabilidad, compromiso, autonomía, respeto, ética y rigor académico. Ese ejercicio requiere un grupo de dirección que funcione en torno a acuerdos básicos, que posibilite un hilo conductor en distintos momentos y espacios. En esta orientación la organización del tiempo y la gestión de recursos humanos, materiales y proyectos, directa y compartida cobra especial importancia.

Anteriormente destacué el valor y la necesidad de la participación activa del cuerpo docente en espacios institucionales de la Clínica, de la FM y de la UdelaR, el trabajo de dirección debe motivar y favorecer la pertenencia y la participación, en forma progresiva y adecuada a las situaciones.

Desde el rol de dirección considero imprescindible mantener espacios de asistencia y docencia directa, en los que el contacto con los especialistas en formación y los demás docentes sea personalizado y centrado en la tarea.

Para instrumentar adecuadamente el Plan de Estudio, sigue siendo necesaria la interacción con las demás áreas para articular la participación de la Clínica en la formación de grado en forma adecuada a las necesidades de los estudiantes y de la población. La incorporación de la dimensión psicosocial de la salud así como la adquisición de herramientas básicas para la detección, acompañamiento y atención integral de la salud de personas que sufren por trastornos mentales es imprescindible al perfil de egresado que tenemos como meta. Es una tarea que debemos asumir junto a los demás actores del área de la salud mental.

La dinámica del trabajo docente asistencial lleva muchas veces a postergar el desarrollo académico. Es imprescindible jerarquizar el desarrollo de la investigación, dedicarle espacio y tiempo específico, fortalecer la integración con otras especialidades y áreas del conocimiento. Interactuar con perspectivas y modelos diversos estimula el pensamiento crítico y el rigor académico.

2.2. Subjetividad

Algunos aspectos subjetivos y actitudinales merecen un comentario.

Creo imprescindible para este cargo cultivar: la disposición a escuchar y observar, la revisión de acciones propias y del servicio, el ejercicio de la autocrítica y de la capacidad crítica, admitir y valorar la diversidad, asumir, y exigir responsabilidades.

Asumir la responsabilidad de ejercer autoridad, pero esforzarse en una práctica de mesura y respeto, que permita la adecuación de las respuestas.

Las tensiones diversas provenientes de puntos de vista, necesidades o intereses contrapuestos son ineludibles. Atender su presencia e instrumentar estrategias para asumir y resolver los conflictos posibilita las alternativas o al menos disminuye el impacto negativo.

El ejercicio de cargos de decisión no siempre es grato, por momentos puede ser muy expuesto o solitario, pero las dinámicas grupales y vinculares sostienen y tienden a mostrar las alternativas.

Plan de trabajo

3. Introducción

El plan de trabajo que desarrollaré se sustenta en el cuerpo docente y la trayectoria de la Clínica Psiquiátrica, considerando el contexto universitario, sanitario y social, de oportunidad y exigencia que implica el momento actual.

Las acciones propuestas tienen como propósito que la Clínica aporte a la mejora de la salud mental de la población: formando profesionales de calidad con las competencias necesarias en el ámbito de su desempeño, generando conocimiento que ayude a la comprensión de los problemas relevantes y colaborando desde el conocimiento específico de la disciplina en el desarrollo de políticas sanitarias y universitarias.

Estamos en un momento de cambios en varios niveles.

Desde 2006 transcurre el proceso de reforma de la salud que generó un nuevo orden en la financiación y organización de los servicios y herramientas del sistema para el desarrollo de la política sanitaria y la promoción de las líneas programáticas prioritarias.

La relación de la población usuaria con los servicios de salud está en proceso de cambio, acceso a información diversa en las redes sociales, participación en la toma de decisiones, participación en las organizaciones de salud¹².

Desde octubre de 2016 tiene media sanción parlamentaria una nueva ley de salud mental cuya aplicación implicará transformación de la estructura de atención y de las prácticas de los profesionales de la salud.

Se creó el Sistema Nacional de Residencias Médicas¹³ a través de la Ley N°19301¹⁴, vigente desde este año, que implica cambios importantes en la estructura de la residencia, en las competencias de las instituciones asistenciales y académicas y en las responsabilidades de los residentes.

Los desajustes entre la formación de recursos humanos y las prácticas profesionales eficaces y actualizadas hacen necesaria y urgente una profunda reforma del sistema educativo en Uruguay.

En particular la Udelar dentro de sus problemas como institución grande, compleja y regida por una ley orgánica que necesita actualizarse para ajustarse a las nuevas realidades (nuevos servicios y carreras y un matrícula varias veces multiplicada desde el '58 por nombrar sólo un par de factores evidentes) ha ensayado en los últimos años reformas importantes como la descentralización territorial, una nueva ordenanza de grado habilitando la creditización de los

¹² La promulgación de la Ley No18335 de agosto de 2008 y su reglamentación en setiembre de 2010, sobre derechos y deberes de los usuarios de servicios de salud establece disposiciones claras para las instituciones y personas respecto a las formas de relación, manejo de información y toma de decisiones.

¹³ Ley N° 19301 Sistema Nacional de Residencias Médicas
https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/leyes?Ly_Nro=19301&Ly_fechaDePromulgacion%5Bmin%5D%5Bdate%5D=&Ly_fechaDePromulgacion%5Bmax%5D%5Bdate%5D=&Ltemas=&tipoBusqueda=T&Searchtext=

¹⁴ Vigente a partir de la generación de residentes que inició el ejercicio del cargo en 2016

cursos, la flexibilización curricular y los intercambios interdisciplinarios, el desarrollo y la generalización de los posgrados académicos.

Asimismo viene estudiando desde hace años una reforma de la carrera docente que, entre otros aspectos, tienda a uniformizar la concepción del trabajo docente en los distintos servicios, promueva la alta dedicación e incentive la capacitación de los docentes.

La diversidad de realidades académicas y profesionales hace que este sea un proceso no exento de conflictos y dificultades.

Este año egresó la primer generación de médicos que cursó su formación en el Plan 2008 de la Facultad de Medicina, el cual transformó la estructura e introdujo importantes cambios en la metodología de enseñanza aprendizaje, estando en curso la evaluación de sus resultados.

El nuevo programa de Formación del especialista en psiquiatría fue presentado por la Prof. Stella Bocchino a la Escuela de Graduados, aprobado por el Consejo de la Facultad el 20 de agosto de 2014 y entró en vigencia para la generación de postgrados y residentes 2015.

Muy brevemente referiré los aspectos del contexto que retomaré en el desarrollo del plan y la situación actual de la Clínica Psiquiátrica, sus fortalezas y necesidades para continuar la trayectoria que viene desarrollando y asumir las responsabilidades que el contexto demanda.

3.1. La psiquiatría como disciplina médica

La psiquiatría es tal vez la especialidad médica más controvertida, en su identidad y en su práctica. Su nacimiento fue tardío en relación a otras disciplinas médicas occidentales, Lanteri-Laura, como otros autores considera finales del siglo XVIII y principios del XIX como inicio de la psiquiatría moderna (Lanteri-Laura 2000). Vincula este proceso al desarrollo de la semiología como disciplina sistemática y objetiva. Plantea que a esta historia extrínseca preexiste lo que llama la historia intrínseca de la psiquiatría, en referencia a la existencia del trastorno, su consecuente registro subjetivo y la posible búsqueda de alternativas.

Se consolida como rama del saber y del hacer médico, con importantes avances en la descripción de los fenómenos y limitaciones en sus intervenciones, hasta la segunda mitad del siglo XX en que se desarrollan herramientas terapéuticas, biológicas y psicológicas.

La psiquiatría puede ser vista como una encrucijada de trayectorias de conocimiento, en la que coexisten hoy modelos explicativos provenientes de disciplinas y paradigmas diversos, que aportan a su hacer específico, el cual se despliega en el encuentro con el paciente.

Los avances experimentales y teóricos provenientes de las neurociencias han provisto recursos terapéuticos nuevos y han aportado nuevas concepciones. Modelos neurales que permiten enfocar las complejidades de la biología de los procesos cognitivos. Jerarquización de la conectividad y los fenómenos de adaptación, producto de la plasticidad neuronal como base estructural y funcional de los procesos mentales. (Mizraji 2007)

El desarrollo actual del conocimiento posibilita la modelización matemática y computacional para explorar hipótesis sobre los procesos mentales normales y sobre la fisiopatología de las afecciones psiquiátricas (Valle-Lisboa, 2005) Estos modelos involucran la configuración neuro anatómica y funcional de la red neural, estudian las posibles influencias sobre la conducta de los eventos electro y neuroquímicos, y las singularidades del proceso de aprendizaje.

Estos avances amplían el campo de conocimiento y permiten avanzar en la generación de nuevas preguntas. Sin embargo el reconocimiento de la brecha mente – cerebro en el estado actual del conocimiento, obliga al manejo riguroso de la información, en cuanto a las posibilidades de generalización o sus eventuales implicancias en la práctica clínica.

Considero que similar rigor requiere el manejo de las teorías psicológicas, que constituyen marcos de referencia necesarios para la formulación de hipótesis de comprensión de la realidad psicopatológica del paciente, pero no la abarcan, ni se deben transformar en una interpretación única y acabada.

A partir de la década del 60, las ciencias sociales se han constituido como una importante fuente de conocimiento e interrogantes para la psiquiatría. Los aportes surgidos de este campo favorecieron la jerarquización del grupo y el entorno ambiental como medio terapéutico¹⁵. La ubicación del sujeto en su entorno, en el entramado de vínculos, en la estructura familiar, social y cultural es hoy un aspecto ineludible del diagnóstico de situación de cada paciente, y de la estrategia de abordaje.

Los aportes de la biología, la genética, la neurofarmacología, junto a las perspectivas psicosociales plantean preguntas y caminos para la investigación con una perspectiva integrada.

La diversidad de aspectos necesarios a la formación del psiquiatra conduce a jerarquizar la importancia de desarrollar un pensamiento conceptual y crítico. La diversidad de prácticas y oferta de recursos obliga al rigor clínico y científico en el diseño de estrategias terapéuticas seleccionando las herramientas adecuadas a cada situación.

Esta perspectiva integracionista sostiene el despliegue de nuevas prácticas de atención a la enfermedad y a la salud mental, integrando al rápido desarrollo de estrategias biológicas, diversidad de abordajes psicoterapéuticos y sociales y el diseño de un sistema de atención accesible que los brinde en forma oportuna y eficaz. Los métodos de trabajo que se van desplegando constituyen gran parte de las herramientas del hoy llamado modelo de psiquiatría comunitaria.¹⁶

3.2.Contexto social

Me referiré a un único aspecto del contexto social actual: el complejo encuentro de perspectivas y aproximaciones al concepto de derechos humanos y salud mental.

En el discurso popular, en muchos actores sociales y políticos se asocia la no discriminación y el respeto a los derechos de las personas con trastornos mentales a la negación de la existencia de la enfermedad mental. Se identifica diagnóstico con estigma y en este mismo movimiento se desconoce la circunstancia particular de quien está afectado por la enfermedad.

¹⁵ La puesta en práctica métodos terapéuticos centrados sobre la socioterapia y las terapias de grupo se comienzan a desarrollar durante la guerra y postguerra: en particular J.L. Moreno, creador del psicodrama y de la sociometría y M. Jones, precursor de la siquiatria social, Tosquelles, creador de la psicoterapia institucional. En Uruguay desde la década de los 60 se han extendido las estrategias de trabajo grupal, y desde los 70 los abordajes institucionales.

¹⁶ La siquiatria comunitaria integra una perspectiva desde la salud pública, centrando su interés en las poblaciones, tanto en sujetos enfermos como sanos, en una orientación preventiva, asistencial y de rehabilitación. En sus diagnósticos y estrategias evalúa la interacción de los factores psicológicos, sociales y biológicos como causantes de enfermedades, (Guimón J., 2001)

El desprecio de la taxonomía psiquiátrica, la banalización de la locura y la negación de la enfermedad mental, no perjudica a los psiquiatras, perjudica a las personas cuya situación es desconocida y negada y perjudica a la sociedad al asumir posiciones fundamentalistas.

La definición de derechos humanos es una construcción histórica con múltiples significados, constituye un paradigma que sustenta el orden internacional de acuerdo a lo expresado en la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948.

La expresión de estos principios e ideas en la realidad cotidiana de las personas es heterogénea y compleja. La diversidad exige el reconocimiento de sujetos de derecho en su peculiaridad, particularidad y necesidades propias. Sin este reconocimiento las personas con discapacidad continuaron experimentando discriminación y privaciones. La identificación de esta situación condujo a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (cdpd)¹⁷.

Según A. Dhanda la cdpd " ... introdujo el lenguaje de igualdad para reconocer tanto el derecho a la igualdad como a la diferencia de las personas con discapacidad; reconoció autonomía con apoyo para las personas con discapacidad y lo más importante es que convirtió a la discapacidad en una parte de la experiencia humana." (Amita Dhanda, 2008)

La discapacidad vinculada a trastornos psíquicos sigue siendo considerada muy parcialmente, y las personas con trastornos mentales no acceden a muchos de los beneficios y las ayudas a las que tendrían derecho. Establecer las estrategias de apoyo necesarias para que quien padece un trastorno mental pueda ejercer sus derechos, requiere comprender su experiencia vital y la naturaleza de su sufrimiento, en los diferentes ámbitos de acuerdo con sus circunstancias en cada momento.

"Desde nuestro hacer disciplinar debemos aportar a la mejora de la comprensión de la enfermedad mental como circunstancia vital, ayudar a la identificación de capacidades y necesidades, más allá de las directamente vinculadas a la asistencia sanitaria.

Esta perspectiva interpela la práctica y propone una revisión de las formas de ejercicio profesional y de los modelos de atención. Para que el sistema de atención sea un contexto garante de derechos, su estructura, organización y modalidades de atención deben asegurar la calidad de la asistencia y ser oportunidad de desarrollo personal e inclusión social progresiva para las personas." (Cuerpo_de_Redacción 2015)

Otro aspecto que quiero destacar es la necesidad de cambios en la organización de las instituciones y prácticas en el sistema de salud.

La reorientación de los servicios y la transformación de las prácticas en una búsqueda de calidad tienen un aliado invaluable en la participación de la población usuaria. (Gomez_Martinez & Colaboradores 2016)

La continuidad de cuidados de lo sanitario a lo social requiere la articulación del sistema de salud con la red de servicios institucionales de otros sectores, recursos sociales y comunitarios.

¹⁷ Adoptada por los Estados parte de Naciones Unidas en diciembre de 2006

3.3.Contexto sanitario en Uruguay

El proceso de reforma de la salud que Uruguay inicia en 2005 tiene como uno de sus principales objetivos el cambio de Modelo de Atención (Gonzalez, 2010).

"Implementar un modelo de atención integral basado en una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud de sus usuarios.." (Numeral B, Artículo 4 Ley N°18211)¹⁸

Las leyes fundadoras del SNIS se promulgan en 2007 y 2008. En julio de 2007 se concreta la separación de la rectoría de salud de la prestación de servicios a través de la ley No 18161¹⁹ que crea la Administración de Servicios de Salud como organismo descentralizado integrante del SNIS, que debe contribuir a implementar.

El cambio más rápido fue el financiero, mientras que la transformación de las prácticas institucionales y profesionales siguen un trascurso más lento y menos lineal.

Las herramientas generadas para la instrumentación de políticas y programas, como las metas asistenciales, los contratos de gestión y el Plan Integral de Atención en Salud (PIAS) colaboran para concretar las propuestas y a la vez tienen efectos ambiguos o inesperados. (D'Alessandro & Echavalete 2011)

3.3.1. Salud Mental

Uruguay presentó una trayectoria bastante similar a otros países de Latinoamérica en la propuesta e implementación de cambios en el modelo de atención en Salud Mental. *"La implementación de los PNSM se da, básicamente, a partir de la Declaración de Caracas en 1990 (Ecuador: 1981; Bolivia: 1985; Uruguay: 1987; Brasil y Perú: 1991; Paraguay y Venezuela: 1992; Chile: 1993; Colombia: 1998). ... los cambios fueron graduales, acentuándose en la década de 1990 (sujetos a reestructuras económicas); predominio del sector médico en la elaboración de los PNSM; inexistencia de: presupuesto del programa y sistemas de evaluación; carencia de los recursos humanos y materiales; procesos de transición en los servicios asistenciales; creación de UPHG y dificultades y resistencias por parte de las autoridades nacionales para desarrollar programas que prioricen la calidad de vida de los pacientes con padecimientos psiquiátricos"*(Larrobla, 2007)

Los avances se han dado casi exclusivamente en el Sector Público. Los cambios fundamentales fueron la instalación de la red de equipos, la disminución de camas de internación y el desarrollo de Centros de rehabilitación, aunque en número insuficiente.

La necesidad de otras estructuras de rehabilitación y el acceso universal a tratamientos psicosociales, es un reclamo reiterado. La expectativa dentro del área de salud mental era la extensión del modelo comunitario en el contexto de la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Esta situación no es excepcional, la implementación de los planes de salud mental ha demostrado ser compleja y en muchos países postergada.

¹⁸ <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=18211&Anchor=>

¹⁹<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=18161&Anchor=>

“La implementación ha sido indiscutiblemente uno de los aspectos en que se han registrado mayores dificultades en el desarrollo de las políticas y planes de salud mental en América Latina y el Caribe. ... es una tarea que exige decisiones políticas, el manejo de recursos humanos y financieros, la promoción de medidas organizativas, la negociación con los diversos sectores involucrados en la atención de salud mental, el monitoreo de las reformas, etc.” (Caldas-de-Almeida, 2007)

La ley que regula la asistencia psiquiátrica en Uruguay es de 1936²⁰, y en ella se establecía que la asistencia oficial se haría de acuerdo con el siguiente sistema: a) Por dispensarios psiquiátricos. b) Por hospitales psiquiátricos. c) Por asilos, colonias y servicios especializados. d) Por la asistencia familiar.

Persisten desde esa época el Hospital Vilardebó, la Colonias Bernardo Etchepare y Santin Carlos Rossi, hoy unificadas en la Unidad Ejecutora CEREMOS²¹, y el sistema de Asistencia Familiar.

Los entonces llamados dispensarios fueron transformándose en policlínicas y servicios ambulatorios diversos.

A la salida de la dictadura un amplio movimiento en pro de la Salud Mental impulsó el primer plan de Salud Mental que se elaboró en Uruguay.

En octubre de 1984 se convocó al Encuentro “La Salud mental en el Uruguay: un desafío” en el que participaron representantes de la academia, de las diferentes sociedades científicas y gremiales de diversas disciplinas, los servicios públicos de psiquiatría y salud mental y grupos de la sociedad civil, en especial de familiares de pacientes. (SPU, 1986)

En mayo de 1985 el Ministerio de Salud Pública instrumenta en su órbita la Comisión Nacional de Salud Mental que recoge y formaliza el movimiento surgido de la cooperación entre las instituciones con la participación activa de la comunidad y el intercambio con la experiencia internacional. Esta comisión elabora el Plan Nacional de Salud Mental, aprobado en 1986, con un enfoque de derechos, dirigido a la promoción y atención de la Salud Mental de la población y un cambio cualitativo en la atención de las personas con trastornos mentales, desde una estrategia de atención primaria de salud. Principios que cuatro años después se consagran en la Declaración de Caracas sobre Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, que Uruguay suscribió como país participante.

El Plan en sus consideraciones preliminares destacaba la necesidad de actualización de la normativa e instaba a un cambio legislativo.

En sus propuestas planteaba transformar los servicios de atención de SM, dando prioridad a la asistencia en comunidad, desarrollando unidades en hospital general y reestructurando los servicios asilares, jerarquizando el trabajo en equipos multidisciplinarios articulando las acciones en un trabajo en red.

En los años siguientes en diferentes momentos se retoma el tema de la organización de la asistencia en debates y en publicaciones (Romano, 2015) (Romano, 2007), pero la concreción de los cambios en la organización de la atención continuaron siendo lentos y parciales.

²⁰ Ley N° 9581 Organización de la asistencia de psicópatas

²¹ Artículo 605 Ley N° 19.355 Presupuesto Nacional 2015 - 2019 Ley de presupuesto <https://legislativo.parlamento.gub.uy/htmlstat/pl/textosaprobados2/camara/pdfs/D20151216-126267-0130.pdf>

En el año 2011 el MSP publica el Plan de implementación de prestaciones de salud mental en el SNIS²², aprobado por decreto del Poder Ejecutivo en agosto. Dicho plan establece la obligatoriedad de que las instituciones integrantes del SNIS brinden a sus usuarios atención psicosocial en diferentes modalidades de acuerdo a poblaciones específicas jerarquizadas por nivel de vulnerabilidad y necesidad.

Durante 2015 a instancias de la Institución de Derechos Humanos y el MSP se retoma el debate sobre la legislación en salud mental.

En el MSP se formaron grupos de trabajo que luego de 4 meses produjeron insumos para un documento de aportes de contenidos para una ley de salud mental, que fue redactado por el Área Programática para la atención de la salud mental del MSP. En base a este documento se elaboró un proyecto de ley presentado por el Poder Ejecutivo al Parlamento en diciembre de 2015²³

El capítulo V de dicho proyecto de ley establece las obligaciones respecto a la implementación del modelo de abordaje.

En el momento actual en el sistema de salud uruguayo coexisten al menos tres modelos de atención en salud mental, surgidos en diferentes períodos históricos:

- Modelo asilar (Colonias Bernardo Etchepare (1912) y Santín Carlos Rossi) (Arduino & Ginés, 2013) Surgido en Europa a mediados del siglo XIV, "*sale a la luz la idea de que los locos son una categoría específica de excluidos y que las instituciones deben hacerles un lugar aparte*" (Postel & Quérel, 1987) Tiene su apogeo en el s. XIX y comienza a ser fuerte cuestionado a mediados del s. XX, pese a lo cual persiste como modelo predominante en muchos países. La asistencia es realizada en grandes instituciones de internación de larga estadía, en las cuales la persona recibe la asistencia sanitaria y el sustento de las necesidades básicas sin participar directamente en las decisiones cotidianas, con bajo o nulo contacto social fuera de la institución. El funcionamiento institucional es centralizado, referencia para todo el país, con baja articulación con otros recursos asistenciales o comunitarios.
- Modelo hospitalo céntrico (Hospital Vilardebó, sanatorios privados): Atención en la que los hospitales monovalentes especializados en psiquiatría tienen un lugar central, jerarquiza la asistencia intensiva del momento de agudeza o descompensación, habitualmente con seguimiento médico ambulatorio posterior al alta. Con baja participación de la población usuaria en la toma de decisiones.
- Modelo comunitario (en desarrollo en la Red de SM de ASSE) - Atención de la SM integrada a la atención de la salud general, desde una estrategia de Atención Primaria de Salud, con un paradigma de recuperación, sustentada en una red de recursos asistenciales diversos, que responden a las necesidades de la población, con distribución en el territorio, tiene como orientación la integralidad y continuidad de los cuidados sanitarios y sociales. Plantea a la población usuaria un rol participativo activo en las decisiones. (Minoletti, 2013)

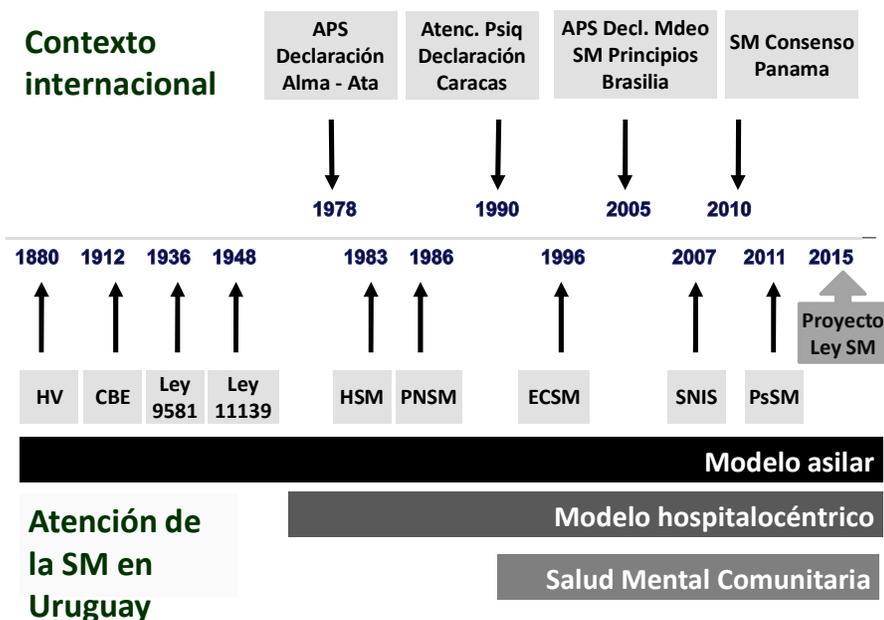
²² <http://www.msp.gub.uy/programa/prestaciones-en-salud-mental>

²³ http://medios.presidencia.gub.uy/legal/2015/proyectos/12/cons_min_257.pdf

"En América Latina la implementación de modelos de servicios de salud mental con base en la comunidad como alternativa a los tradicionales hospitales psiquiátricos, ha sido una estrategia fundamental para el objetivo de mejora de la calidad de atención en muchos países. Pese a la evidencia de mejores resultados y a los compromisos asumidos por los países en las reuniones y declaraciones internacionales, se identifican niveles de desarrollo desiguales y persistencia de estructuras monovalentes en la mayoría de los países, lo que se vincula a obstáculos financieros y políticos, pero también a problemas en la planificación". (Caldas-de-Almeida 2007)

En Uruguay las estructuras asilares y monovalentes siguen concentrando la mayor parte de los recursos humanos (2365 funcionarios/788 ESM) y financieros, si bien asisten a un número menor de la población usuaria. En 1996, con el cierre del Hospital Musto y la creación de Equipos comunitarios de salud mental (ECSM) se inician los cambios del modelo de trabajo y las prácticas profesionales.

Esquema 1 Evolución de la atención psiquiátrica y en Salud Mental



HV: Hospital Vilardebó - CBE: Colonia Bernardo Etchepare - HSM: Hospital Psiquiátrico Musto - PNSM: Plan Nacional de Salud Mental - ECSM: Equipos comunitarios de salud mental - SNIS: Sistema Nacional Integrado de Salud - PsSM: Prestaciones en Salud Mental

"El cambio en el modelo redefine los sujetos y el objeto de la intervención profesional. Restringe y jerarquiza el área geográfica a la vez que en su carácter de comunitario multiplica los espacios de acción. Plantea trascender la asistencia y realizar acciones de prevención y promoción de salud". (Romano et al. 2007)

Según información relevada²⁴, en diciembre de 2016 la Red de SM de ASSE consta de 49 ECISM, 28 en zona metropolitana, 21 distribuidos en las capitales departamentales y principales ciudades de Colonia y Maldonado, 19 centros de rehabilitación para personas con trastornos mentales graves extrahospitalarios 5 Región Este, 4 en subregión Norte, 7 en subregión Oeste, y 3 en Región Sur y tres centros especializados en asistencia y rehabilitación de uso problemático de sustancias.

La implementación del plan también implicó la incorporación progresiva de unidades o camas de hospitalización en Hospitales Generales, a diciembre de 2016 el número total de camas de hospitalización psiquiátrica en ASSE es de 1528 distribuidas 14% en hospitales generales, 52% CEREMOS 22% Hospital Vilardebó y 12% en estructuras alternativas. A nivel de los prestadores privados hay 322 plazas de las cuales solo el 18% están en sanatorios generales.²⁵

3.3.2. Los psiquiatras en el sistema de atención

Uruguay tiene en torno a 500 psiquiatras activos²⁶. Según información proveniente del repositorio de datos del Observatorio Mundial de la Salud²⁷ de la Organización Mundial de la Salud, la tasa de psiquiatras trabajando en el sector salud reportada por Uruguay en 2014 es de 16.91 por 100.000 habitantes. Esta cifra nos posiciona entre los países con mayor número de psiquiatras junto a algunos de los que cuentan con sistemas sanitarios valorados como muy buenos, como son el Reino Unido (14.63) Suecia (18.31) Holanda (20.10), y por encima de países en los que las reformas de la atención psiquiátrica suelen mencionarse como referencia tales como Italia (10.85) Cuba (10.26) Chile (4,66) Canadá (13,42) y Brasil (3.49).

Al observar la distribución territorial vemos que el 80% concentran su tarea en Montevideo²⁸. y del 20% que trabaja en el Interior solo 2/3 reside en el departamento que trabaja²⁹. Esta situación de inequidad territorial tiende a agravarse en la medida que aproximadamente el 18% supera los 60 años y los menores de 50 años no llegan al 50%.

La alta demanda de psiquiatras lleva a que sean contratados médicos que no han completado su formación en la especialidad para los cargos de psiquiatra vacantes, 12% de los cargos de psiquiatra del ASSE en el Interior son ocupados por psiquiatras en formación, situación que se da también entre los prestadores de servicios del Sistema FEMI y se repite en Montevideo, aunque en menor proporción.

La entrada precoz en el mercado laboral, en condiciones de exigencia y muchas veces sin supervisión o apoyo tiene un potencial impacto negativo en el proceso de formación del rol y en la adquisición de modelos de trabajo de calidad.

Si miramos las cifras de egreso de los últimos 5 años, considerando que no hay factores nuevos que incidan en cambiar la tendencia, el número potencial de psiquiatras que podrían cubrir las plazas vacantes en el interior en los próximos años es menor al previsible número de retiros por edad.

²⁴ Fuente: Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de ASSE

²⁵ Fuente: Área Programática de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública

²⁶ Estimación realizada en base a la información accesible del padrón médico nacional hasta 2012 y los datos aportados por la Escuela de Graduados sobre el número de psiquiatras recibidos en los últimos 5 años.

²⁷ <http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHR?lang=en>

²⁸ Fuente Dirección de Salud Mental de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de ASSE y Sistema FEMI

²⁹ Fuente: Padrón médico Nacional, Dirección de Salud mental y poblacions vulnerables y Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina

Tabla 1 Número de psiquiatras recibidos de 2011 a 2015

	2011	2012	2013	2014	2015
Número de psiquiatras recibidos	11	8	14	7	16

(fuente: Escuela de Graduados Facultad de Medicina UdelaR)

Dado que hasta el momento actual la Clínica Psiquiátrica es el único lugar que forma especialistas en psiquiatría, este tema nos plantea un problema y nos convoca a pensar estrategias y alianzas posibles para aportar a su solución.

Hasta ahora la oportunidad para formarse en la especialidad puede seguir tres modalidades la Residencia Médica, el Postgrado para quienes residen en Montevideo y el Postgrado en régimen del Interior. Anualmente ingresan a la especialidad 6 médicos por régimen de Residencias y entre 6 y 10 acceden a la posibilidad de cursar el postgrado sin residencia, de los cuales 3 o 4 plantean realizar la formación por régimen del interior, algunos de los cuales no continúan. En el concurso de residencia 2016 ingresaron 7 residentes y 5 postgrados.

Otro tema a mencionar es el perfil de egreso de los psiquiatras, tanto en el interior como en las estructuras que propone el modelo comunitario y de recuperación, los psiquiatras necesitan flexibilidad en el ejercicio del rol y un abanico amplio de competencias³⁰. Tema que retomaré al hablar de la implementación del nuevo programa de formación del especialista.

³⁰ Tomo la definición de Kane (1992) citada por Brailovsky: "...el grado de utilización de los conocimientos, las habilidades y el buen juicio asociados a la profesión, en todas las situaciones que se pueden confrontar en el ejercicio de la práctica profesional."(Brailovsky 2001:pag. 105)

4. Situación actual de la Clínica Psiquiátrica

4.1. Estructura y organización

La estructura actual de la Clínica es resultado de un proceso de expansión desarrollado en muchos años. Este proceso se vincula a la intención expresa de asumir un compromiso con la población, participando en la respuesta a sus necesidades en dispositivos diversos, distribuidos territorialmente (Ginés, 1997).

La integración en múltiples espacios asistenciales se inicia en los hospitales de ASSE de Montevideo. En 1987 se inicia el tránsito que condujo a la instalación de una unidad de la Clínica en la Regional Norte en inicio con un cargo de ayudante que asumió el Dr. Fonseca y actividades periódicas en las que concurrían en Profesor Probst y Ramirez, finalmente en el año 2000 se transforma un cargo de Asistente de 24 horas en dos de 12 que concursan entrando en Paysandú el Dr. Fonseca y en Salto la Dra. Alvarez.

En el esquema se muestran las unidades con los principales espacios docente asistenciales y la distribución actual de los docentes en las unidades.

Esquema 2 Estructura y distribución de RRHH de la Clínica Psiquiátrica

Dirección de la Clínica Psiquiátrica G5						G4 SMC	
Equipo Dirección G4 – G5							
Unidad HC	Unidad HV	Unidad HM	Unidad HP	Regional Litoral N	USMC		
Policlínica	Policlínica	Policlínica	Policlínica	Unidad Paysandú	C.S. Piedras Blancas	Saint Bois	
Dpto psicoterapia	Sala Mujeres	Sala	Sala	Unidad Salto	Jardines del Hipodromo	Santa Catalina	
UNITRA	Sala Hombres	Inter-consulta Salas MQ	Inter-consulta Salas MQ		Ciudad Vieja	La Paloma	
Inter-consulta Salas MQ	Inter-consulta del Interior				Giordano	La Piedras	
G4	2	1	1 (V)		1		
G3	2	2	1 (V)	2 (12h) (2V)	4		
G2*	3 (1V)	2	2 (1V)	2 (12h) (1V)	6 (2V)		
Lic TS	2 (1 c)	1					
Adm	3	2 V de G2 se ocuparán con quienes ganaron el concurso en diciembre/16 Hay 1 V más que no está asignada a una Unidad					

HC: Hospital de Clínicas/ HV: Hospital Vilardebó/ HP: Hospital Pasteur /HM: Hospital Maciel/ V: Vacante. / TS: Trabajo Social/ Adm: Administrativo/c: contratado/ h: hora

La extensión progresivamente condujo a la división de la Clínica en 5 unidades pequeñas, con un equipo docente reducido en cada una, con alta carga asistencial y docente y con dificultades para instrumentar acciones integradas entre las unidades.

En 2007 la Unidad de Salud Mental en Comunidad se integra a la Clínica Psiquiátrica, como consecuencia de la reestructura del Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria, manteniendo su identidad y autonomía en la tarea cotidiana y a la vez interactuando con los demás integrantes de la Clínica .

El Departamento de Psicoterapia de la Clínica Psiquiátrica funciona en forma continua desde 1988, atendiendo pacientes derivados desde los servicios de atención psiquiátrica de la Clínica y derivados desde otros espacios asistenciales. Está dirigido por la Profesora Agregada Vanesa Ems, quien coordina las actividades docentes y asistenciales. Las líneas psicoterapéuticas propuestas refieren a diversos marcos teóricos, psicoterapia psicoanalítica, terapia cognitivo conductual, sistémica, integrativa psiconeuroendocrino, psicodramática e incluyen abordajes individuales, grupales y familiares. Es un servicio que integra la docencia en su funcionamiento por medio de supervisiones y ateneos. Los psiquiatras en formación participan en el departamento de acuerdo a la etapa de formación en la que estén. Integran el equipo la Licenciada en Psicología, Cristina Gerpe que lleva adelante la organización de las atenciones, el registro y la referencia con los psiquiatras tratantes y la Magister en TS Beatriz Fernández, quien ha llevado adelante varias investigaciones sobre el proceso y resultado del programa de psicoterapia. El departamento cuenta con 40 colaboradores honorarios, que realizan la atención con la supervisión de docentes de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay y la Sociedad Uruguaya de Análisis y Modificación de la Conducta (SUAMOC). Desde hace un año el servicio se extendió al Hospital Maciel, se amplió el convenio de cooperación con APU a través de su centro de Intercambio. En el Hospital Pasteur concurren docentes de APU desde hace varios años como instancia formativa para residentes y postgrados.

La Unidad de Trastornos Relacionados con el Alcohol (UNITRA) comenzó a funcionar a fines de 2013, proyecto elaborado e implementado con la dirección del Profesor Agregado Pablo Fielitz, atiende personas con Uso problemático de Alcohol en instancias clínicas, intervenciones breves y trabajo grupal. Integran el equipo el Lic. TS. Gerardo Pastorino contratado para la unidad, las Prof. Adjtas. Redes y Lopez coordinan los grupos y participan en la atención los Asistentes, Residentes y Postgrados.

En todos los hospitales generales se realiza seguimiento en policlínica desde el inicio del trabajo de la Clínica en la unidad. En el caso del Hospital Vilardebó la Clínica retomó la atención en la policlínica a partir de mi ingreso como G4 en la Unidad, luego de un proceso de evaluación y planificación que formó parte de mi plan de trabajo para aspirar al cargo de Profesora Agregada. La reorganización implicó un sistema de seguimiento selectivo a los pacientes en el período postalta hasta 6 meses, articulando con los dispositivos de la comunidad para el seguimiento a largo plazo. Se mantiene más tiempo la atención únicamente a un número limitado de pacientes, en general personas con Trastorno Mental Grave, que se pueden beneficiar de una atención frecuente, desde un enfoque de recuperación.

Situación particular es la de los pacientes que concurren a interconsulta derivados de servicios de salud del interior y que se siguen en forma conjunta con sus equipos de referencia. Es una

instancia muy rica en lo formativo para los residentes y postgrados por el tipo de situaciones y por el contacto con otros servicios.

Tanto el Hospital Pasteur como el Maciel tienen salas de hospitalización en la que compartimos la asistencia y gestión con ASSE, situación en muchas ocasiones compleja y no exenta de conflictos debido a la superposición de roles.

Salud Mental en Comunidad trabaja integrándose a los consultorios médicos en el primer nivel de atención, en las consultas de ginecología y pediatría. Los docentes interactúan con los profesionales y estudiantes aportando conocimiento teórico y práctico. Su intervención ayuda a comprender la experiencia de la persona consultante y promueve el desarrollo de habilidades vinculares y de comunicación, integrando la dimensión psicosocial de la salud desde las instancias de consulta por cualquier motivo.

Además de los espacios mencionados la Clínica tiene actividad docente, asistencial e investigación en colaboración con otras cátedras de la Facultad y servicios no universitarios:

- Diplomatura de Psicoterapia en Servicios de Salud coordinada en forma conjunta por la Clínica de Psiquiatría Pediátrica el Departamento de Psicología Médica la Unidad de Salud Mental en Comunidad y la Clínica Psiquiátrica, es una experiencia innovadora y ambiciosa,
- Desde 2014 la Clínica integra el equipo de la Policlínica de alto riesgo obstétrico de la Clínica Ginecológica B (Prof. Lauría) junto a Medicina Interna, Hematología y Psicología Médica. Este año concurren la Dra. Lía Redes con uno de los residentes 2 veces al mes, para realizar consultas y trabajar con el equipo.
- Con el Departamento de Psicogeriatría se mantiene una instancia de trabajo conjunto que realiza la Dra. Sylvana de Matos con estudiantes de psiquiatría y la Prof. Agda de Geriatria Ana Kmai, integrando asistencia y docencia a través de seminarios. La Prof. Agda Laura Sarubo integra el equipo para la organización de actividades académicas como las Jornadas anuales de Psicogeriatría.
- Con la policlinica de psoriasis se estableció un espacio de cooperación quincenal desde la consulta compartida.

Fuera del espacio universitario los docentes de la Clínica se turnan para participar en ateneos organizados por los Equipos comunitarios de salud mental de ASSE y en el Hospital Militar, entendiendo estos espacios como oportunidades formativas de encuentro e intercambio que promueven el fortalecimiento profesional.

4.2. Recursos Humanos

La Clínica tiene asignados un total de 36 cargos docentes de los cuales en este momento hay 8 vacantes. La diversidad y magnitud de la tarea asistencial y docente, requiere para su funcionamiento del equipo completo, la persistencia de cargos vacantes por períodos prolongados impacta en la posibilidad de cumplir las funciones correspondientes, debiendo distribuirse entre los docentes en ejercicio las responsabilidades. Esta situación afecta la continuidad de los proyectos en desarrollo, pues obliga a jerarquizar las responsabilidades vinculadas a las necesidades más urgentes o graves, que en general se ligan a la asistencia y a la docencia en contexto asistencial.

La tarea tal como se desarrolla habitualmente tiene como eje la asistencia desde un modelo tradicional centrado en el caso clínico y la relación médico paciente, con menor atención al contexto socio - familiar y del sistema de atención en salud, al trabajo en equipo multidisciplinario y la atención en red.

Considerado en su conjunto el cuerpo docente está interesado en profundizar en su formación clínica y en investigación. El ejercicio de la docencia en contexto asistencial es un interés persistente y eje de la actividad. .

Su mayor potencial es el buen nivel de calificación en la disciplina, en muchos casos con áreas de desarrollo específicas y la disposición al trabajo con la que se ingresa a los cargos.

Es muy evidente las limitaciones que impone el multiempleo, la baja carga horaria y el ausentismo, que confluyen en un bajo compromiso institucional.

La no permanencia de los docentes en la Clínica fue un problema marcado que aún persiste, como también ocurre en otras cátedras de la facultad. El multiempleo y las condiciones salariales dificultan la ubicación del desempeño docente como tarea fundamental del ejercicio profesional y limita las posibilidades de alta dedicación horaria. Algunos docentes han solicitado disminución de la carga horaria por incompatibilidad de ejercicio por tener otro cargo en el sector público y exceder el número de horas factible de ser acumuladas. Otros permanecieron por períodos inferiores a la duración del cargo presentando renuncia anticipada en los últimos meses de ejercicio y la postulación a los llamados para cubrir las vacantes mostró un descenso durante algunos años³¹.

Concomitantemente algunos docentes muestran claramente su interés en centrar su actividad en la carrera universitaria, al solicitar la reelección del cargo de Asistente o de Profesor Adjunto³² o al postular para posibles extensiones horarias³³.

La diversidad del cuerpo docente es una riqueza y una fortaleza, la formación de los docentes, sus perfiles e intereses diferentes se evidencian en el aprovechamiento de estas capacidades en los servicios creados (poli mujer, UNITRA, psicogeriatría, IAE, desarrollo del modelo de recuperación y proyecto terapéutico para la atención de personas con TMG) un paso más sería el desarrollo de programas transversales que involucraran actores de las distintas unidades y que se prolongaran en el tiempo.

³¹ Cargo 2443 declarado desierto en febrero/16 abierto ahora, 131 declarado desierto 23/12/2015 ocupado posteriormente, 233 y 987 declarados Desierto 10/13 ocupado posteriormente, 2823 declarado desierto 10/16 y 12/12/2015 en curso nuevamente.

³² A modo de ejemplo reelección del cargo de Asistente Dra. Lía Redes hasta su postulación y entrada como Prof. Adjta, reelección de las Lic. Ma Torterolo, Ofelia Alzogaray y Martha Perez, solicitud de reelección en curso de las Prof. Ajtas. Margarita Wschebor y Gabriela Lopez Rega.

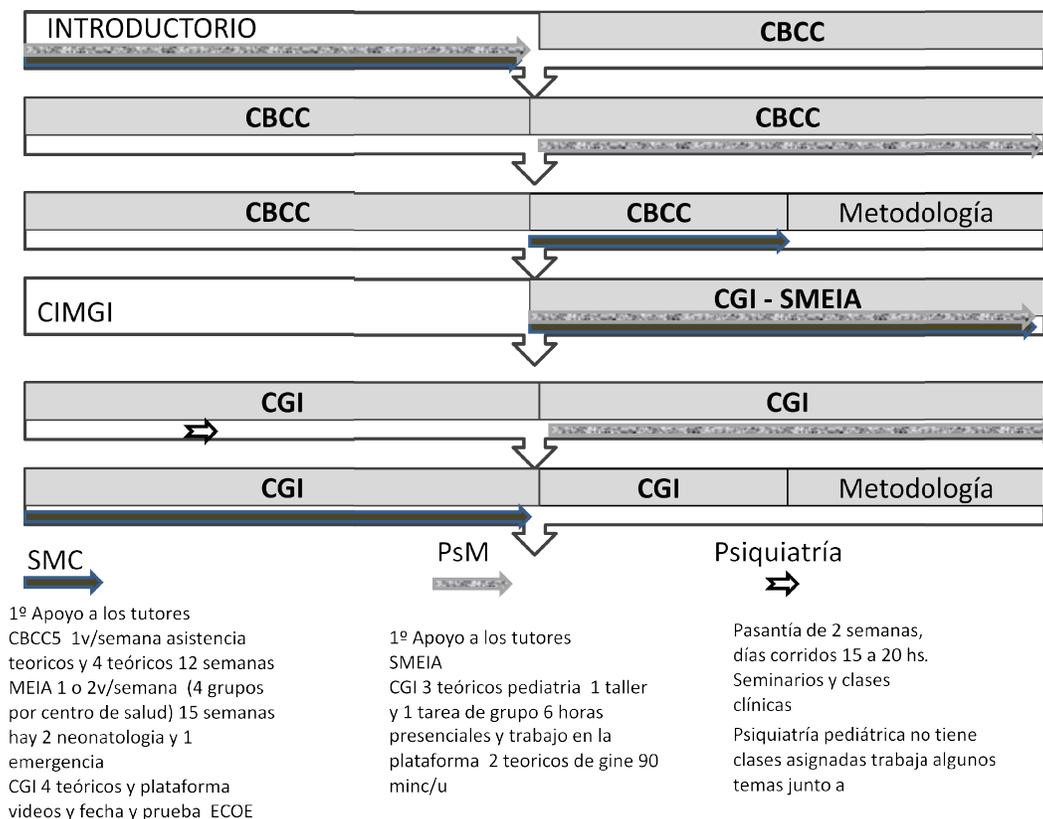
³³ Presentación de las Dras. Redes, Wschebor y Romano al llamado a extensiones horarias realizado por el CDC en 2014.

4.3. Plan de estudio

4.3.1. Formación de grado

La formación en psiquiatría de los futuros médicos, se inscribe en una trayectoria de formación en salud mental que se extiende a largo de toda la carrera. El plan 2008 tiene algunas modificaciones en relación a la forma anterior de incorporar la salud mental y la psiquiatría a la formación de los médicos. En psiquiatría lo realizado no difiere sustancialmente de lo anterior.

Esquema 3 Presencia de las disciplinas de SM en el Plan 2008



CBCC: Ciclo Básico Clínico Comunitario

CIMGI: Ciclo Introductorio Medicina General Integral

CGI: Clínica Integral General

SMEIA: Salud de la Mujer Embarazo Infancia Adolescencia

SMC: Salud Mental en Comunidad

PsM: Psicología Médica

En esquema se resume la información disponible a partir de la revisión y organización de documentos (contrato didáctico y pag web) y obtenida verbalmente de docentes que participan en los cursos en los distintos años.

Se revisó el registro de la evaluación realizada por los estudiantes al terminar CGI 5 y la disponible en la Clínica de años anteriores.

En suma los estudiantes tienen oportunidad de formación sobre salud mental en todos los años de la carrera, en forma directa en los espacios de atención, teóricos, y seminarios, en forma indirecta a través de los tutores mediante el planteo de problemas, a través de la plataforma. El total de horas presenciales directas es al menos de 50 horas y no fue posible un cálculo más ajustado de las horas de aprendizaje en otras modalidades. De las opiniones expresadas por los estudiantes surge un grado de disconformidad importante, las disciplinas no

son identificadas como útiles por un porcentaje alto y manifiestan que algunos temas se reiteran. De la opinión expresada por docentes también se identifica disconformidad y la tarea implica una alta dedicación horaria y de energía de cada cátedra.

4.3.2. Formación en la especialidad

El nuevo Programa de la formación del Especialista en Psiquiatría fue aprobado por la escuela de Graduados en julio de 2014, por Resolución del Consejo de Facultad de Medicina N° 68 del 20/8/14 y por Resolución de CDC N° 25 del 2/12/14.

Su implementación está en curso en la mayoría de las disposiciones y actividades docentes asistenciales y de formación para la investigación que establece.

El programa está plantado en torno a un eje básico común de conocimientos, habilidades y destrezas para todos los especialistas en formación sustentando la misma en la actividad en servicio, la adquisición de conocimientos especializados, la formulación de interrogantes pertinentes, el desarrollo de trabajos de investigación y la optimización de las cualidades vinculares que sostienen la relación médico paciente.

A su vez incorpora un enfoque flexible posibilitando al estudiante transitar por espacios formativos y temas opcionales que puedan ser de mayor interés o utilidad.

Se establece una alta carga horaria presencial, 48 horas semanales los tres años y trabajo domiciliario y a distancia lo que permite alcanzar un total de 845 créditos al finalizar la formación.

Algunas pasantías están en vías de organización y otras ya se desarrollan según lo previsto.

Se prevé la posibilidad de ajustes adecuados a los resultados de las evaluaciones sistemáticas anuales.

El desarrollo de la actividad académica de la Clínica Psiquiátrica en todas sus áreas se vincula fuertemente con la estructura y organización en la cual tiene lugar. Por la evolución histórica de la Clínica la organización de la tarea docente asistencial y de investigación ha estado organizada en torno a las 6 unidades docentes referidas anteriormente.

El equipo docente asignado a cada unidad es el responsable de la atención de la población asistida en cada centro, de la docencia a especialistas en formación y pasantes que concurren a la unidad y si bien en la investigación es donde hay mayor diversidad, en general las líneas de investigación se vinculan al trabajo que desarrolla la unidad.

Al reflexionar sobre la participación de la Clínica Psiquiátrica universitaria en la construcción del nuevo modelo asistencial, tal como lo plantea el nuevo Programa de la Especialidad visualizo el funcionamiento extendido en servicios hospitalarios como un tema a revisar.

Esta organización no tuvo el impacto esperado en términos de integración en los servicios en los que asiente ni en propiciar el aprendizaje en modelos asistenciales de fuerte base comunitaria. Me parece necesario continuar el esfuerzo para avanzar en ese sentido, y repensar la estrategia adecuada para lograrlo.

Por otra parte facilita la fragmentación de acciones y dificultad la coincidencia en torno a proyectos básicos comunes.

La intención explícita del nuevo programa de fortalecer la formación en investigación y la producción académica requiere entre otras cosas la existencia de una masa crítica que tome como prioridad el desarrollo académico. A la vez este grupo va a requerir un tiempo y espacio específico de interacción y trabajo conjunto, de elaboración conceptual y planificación. Estos temas serán retomados en las propuestas del plan de trabajo.

4.4. Investigación

La Clínica Psiquiátrica está realizando una importante inversión de tiempo y recursos humanos y materiales en mejorar la capacitación de sus integrantes para el desarrollo de investigación de calidad.

La incorporación de formación en metodología se inició con el cuerpo docente y continúa profundizándose. Las disposiciones del nuevo programa de la especialidad exige la elaboración y realización de al menos un proyecto de investigación durante la formación, lo cual a la vez requiere de la tutoría de los docentes.

La producción científica de la clínica es más numerosa y de mejor calidad. Todos los años se presentan trabajos en las Jornadas de la Clínica a fin de año que comunican los resultados de investigaciones realizadas en ese período. De las líneas de investigación en desarrollo destaco:

- Premio de la Sociedad de Psiquiatría 2015 al estudio sobre Esquizofrenia y embarazo, presentado por un equipo que integró la Dra. Gabriela Lopez Rega.
- Grupo de comprensión y prevención del suicidio, coordinado por las Dras. Canetti y Larrobla del la Unidad de Salud Mental Comunitaria junto a docentes de la Facultad de Ciencias Sociales.
- Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en puertas de emergencia, en colaboración con la Junta Nacional de Drogas, coordinado por el Dr. Fielitz.
- Bioética y Salud Mental, en cooperación con la Unidad de bioética del Hospital Pereira Rossell desarrollada por la Dra. Lía Redes
- Modelos de atención a personas con Trastornos Mentales Graves, línea de trabajo que coordino, que ha recibido en diciembre la financiación de CSIC para un proyecto presentado junto al grupo de prevención del suicidio, ASSE y Centro Martinez Vizca, en el llamado de Inclusión social
- Violencia doméstica, salud y políticas públicas, línea que desarrollo en cooperación con la Unidad de Sociología de la salud, que está concluyendo el estudio de evaluación del uso de dispositivos electrónicos en situaciones de alto riesgo por violencia doméstica en el que participaron también la Dra. Redes y Wschebor.

4.5. Vínculos internacionales

Consideramos muy importante mantener y ampliar el conjunto de contactos que existen actualmente con unidades académicas en Francia, con la Unidad de Gestión Clínica de Almería y Escuela Andaluza de Salud Pública a través del Dr. Domingo Diaz del Peral, con el Hospital Clinic de Barcelona, con la UBA, la Fundación Favaloro y Cenarioso, entre otras.

Los intercambios académicos y las posibles pasantías de los docentes de la clínica serán importantes para complementar y ampliar la formación del equipo docente.

5. Lineamientos y propuestas del plan trabajo

La descripción y análisis de la situación actual mostró la solidez de la trayectoria y logros de la Clínica Psiquiátrica y aspectos a mejorar. Se identificaron fortalezas, en las que el plan se apoya y a la vez busca consolidar; y necesidades del contexto que requieren generar nuevas acciones de respuesta. El plan se presenta organizado en dos secciones:

- Gestión institucional: en la que se presenta la estrategia y las acciones tendientes al fortalecimiento del capital humano y social y a la mejora de la estructura de la clínica.
- Dirección y gestión académica en la que se plantean las propuestas de desarrollo para las áreas de responsabilidad académica: docente - asistencial, investigación y extensión.

5.1. Objetivos

Los lineamientos de trabajo que orientan este plan tienen como meta el fortalecimiento institucional y académico de la Clínica Psiquiátrica, vigorizando su integración con la comunidad académica nacional e internacional.

Las acciones que se proponen tienen el objetivo de consolidar condiciones para aportar a la mejora de la salud mental de la población a través de:

- Formar profesionales de calidad con las competencias necesarias para responder adecuada y oportunamente a las necesidades de las personas que atiendan, en el ámbito en el que vayan a ejercer su profesión.
- Generar conocimiento que aporte al desarrollo de la psiquiatría y ayude a la comprensión de los problemas relevantes.
- Colaborar, desde el conocimiento específico de la disciplina, en el desarrollo de políticas sanitarias y universitarias.
- Apoyar el ejercicio de derechos de todas las personas, aportando a la comprensión social de los problemas de salud mental y a la superación del estigma asociado a la enfermedad mental.

5.2. Gestión institucional

5.2.1. Fortalecimiento del capital humano y social

"L'échange transforme les choses échangées en signes de reconnaissance et, à travers la reconnaissance mutuelle et la reconnaissance de l'appartenance au groupe qu'elle implique, produit le groupe et détermine du même coup les limites du groupe, (...)" (Bourdieu 1980:2)

El cuerpo docente y los profesionales no docentes que integran el equipo de las distintas unidades de la Clínica Psiquiátrica son de vital importancia para cualquier propuesta de trabajo que se realice. La gestión de los recursos humanos de la Clínica Psiquiátrica³⁴ es una tarea fundamental en este plan de trabajo.

³⁴ Los estudiantes también integran el capital humano de una institución educativa, pero no los incluyo en este apartado pues me voy a referir a ellos más adelante al hablar del área docente asistencial.

Tomo los conceptos de capital humano y social para destacar y poner en relación capacidades individuales y capacidades grupales y colectivas, considerando la organización como un todo.

El capital humano es el conjunto de habilidades, talentos aptitudes, atributos personales y conocimientos de un individuo; recursos y capacidades intangibles de diversa naturaleza, activos inmateriales, invisibles, que aportan al funcionamiento de una institución, creando valor para la misma. (Torres Peñafiel, 2015). Es la suma de habilidades innatas y del conocimiento y destrezas que los individuos adquieren y desarrollan a lo largo de su vida a través de la educación formal, de la educación informal y la experiencia de vida. De este proceso resulta la instrucción laboral y el sistema de valores, aspecto central en la motivación, integridad, diligencia y constancia para el desarrollo del trabajo. (Giménez, 2005) El capital humano contribuye al desarrollo cultural e institucional y favorece la cohesión social.

El capital social fue definido por Pierre Bourdieu como "*el conjunto de recursos reales o potenciales que se vinculan con la posesión de una red duradera de relaciones más o menos institucionalizadas de conocimiento y reconocimientos mutuo*" (Bourdieu 1980: pag.2). Esta pertenencia a un grupo de personas ligadas por vínculos durables de cooperación y solidaridad no se constituye de una vez para siempre, requiere instauración y mantenimiento.

Planificar la gestión de recursos humanos con esta perspectiva incluye la gestión del conocimiento en el sentido de identificar, desarrollar y renovar el activo intangible, considerando el conocimiento tácito y explícito.³⁵ A la vez desarrollar estrategias orientadas hacia la institución y mantenimiento de grupos de trabajo³⁶ y la reproducción y cuidado de los vínculos.

En este sentido es imprescindible la participación de los docentes en la toma de decisiones, incluyendo la evaluación y ajuste de este plan de trabajo. Según las necesidades e intereses jerarquizados por el colectivo para el desarrollo de la Clínica en cada etapa, apoyaré el ejercicio de liderazgos múltiples considerando la capacitación y la motivación de los docentes para la tarea.

Gestión de Recursos Humanos

Plantearé al equipo de dirección la perspectiva desde la que propongo abordar la tarea y la necesidad de adecuar la gestión de recursos humanos para el fortalecimiento de la Clínica. Una vez acordada la propuesta inicial trabajaremos con el colectivo del cuerpo docente, según los siguientes ejes:

³⁵ "El conocimiento tácito no se encuentra registrado en ningún medio y sólo se obtiene mediante la adquisición de conocimiento de manera práctica y sólo es posible transmitirlo y recibirlo mediante la consulta directa y específica al poseedor de estos conocimientos. (...) El conocimiento explícito es aquel que se exterioriza, puede estar registrado en disímiles soportes, se puede transmitir mediante el intercambio de documentos, bases de datos, etcétera." (Hernández Silva & Martí Lahera 2007:3)

³⁶ Bion plantea la diferencia entre grupo de trabajo y grupo de supuesto básico; en este último, el predominio de factores emocionales dificulta el abordaje de la tarea. En el grupo de trabajo el funcionamiento a partir de factores racionales desde la relación profesional que define y toma como eje la tarea en común, permite la inclusión progresiva de lo afectivo, generando relaciones interpersonales de mayor apoyo y confianza. Este cambio en la dinámica grupal permite enfrentar los conflictos de una manera constructiva y enfocarlos hacia su resolución (Bion, 1972).

Organización del trabajo en torno a las Unidades docentes y a Equipos de trabajo por Proyecto³⁷

La organización del trabajo de los docentes y profesionales no docentes de la Clínica Psiquiátrica está fuertemente ligada a la unidad docente a la que están asignados según la distribución de cargos y horas que se mencionó en la descripción de la estructura de la Clínica. La asignación de personas a cada unidad docente se realiza al momento de su ingreso y se revisan anualmente. La mayoría de los docentes en su trayectoria en la Clínica van rotando de unidad. En el caso de los G2, dado el carácter formativo del cargo, se considera importante que transiten por varias unidades, al menos hospital general y psiquiátrico, para tener oportunidad de conocer diferentes dispositivos y formas de trabajo³⁸. Esta forma de distribución de horas y tareas da un lugar central a la asistencia y la docencia en servicio asociada a la misma, lo cual es relevante en la transmisión de conocimiento tácito y promueve el planteo de proyectos por unidad.

Como efecto colateral, en el sentido de no buscado, esta forma de organización no facilita el desarrollo de proyectos transversales que involucren más de una unidad. También dificulta la continuidad de los equipos de trabajo que desarrollen proyectos a mediano y largo plazo, dado que los docentes rotan a otro servicio. Al momento de la rotación varios docentes tienen intención de sostener los proyectos en los que trabajaban en la unidad anterior, para lo cual fueron apoyados por la Profesora Bocchino. En la práctica esta doble inserción generalmente se discontinúa en el trimestre siguiente a la rotación, en la medida que prevalecen los requerimientos de la nueva unidad, redundando en la desvinculación del proyecto anterior.

- Acordar los proyectos a priorizar y asegurar la continuidad de los mismos desde la organización del trabajo docente, adjudicando horas docentes al proyecto en forma independiente a la unidad en la que este se realice.
- Mantener y profundizar las líneas de trabajo que están en desarrollo apoyando a los docentes responsables de los proyectos en la consolidación de los equipos de trabajo, facilitando la permanencia de los docentes y promoviendo la integración de psiquiatras en formación.

Gestión de vínculos institucionales fortaleciendo los existentes y estableciendo contacto con grupos de interés dentro y fuera del ámbito universitarios:

La posibilidad de concretar algunas de las propuestas que planteo requiere una red de vínculos sólida que funcione en forma fluida y permita la cooperación y el intercambio en torno a temas y tareas de interés común, los intereses y las formas de relación son diversos pero podrían agruparse en:

- Relación con otras disciplinas de la salud, como las tareas docentes que se realizan con facultad de Enfermería y la Escuela de Tecnología médica.
- Cooperación básico clínica, una forma posible es la tutoría compartida de estudiantes de postgrados académicos, en torno a un tema de interés básico clínico como puede

³⁷ Me refiero a todo tipo de proyectos, de investigación, de innovación docente, de atención especializada en determinado tipo de problema o de población, etc.

³⁸ Similar situación se da con los postgrados y residentes, pero no tomaré este tema aquí sino en la tarea docente asistencial y en particular al hablar de la instrumentación del nuevo programa de la formación del especialista en psiquiatría.

ser la línea de investigación en depresión que desarrolla el grupo de Torterolo (Torterolo, 2015.) en Facultad de Medicina o la de lenguaje en la esquizofrenia llevada adelante por Valle-Lisboa (Valle-Lisboa, 2005)

- Relaciones interdisciplinarias con ramas de conocimiento de otras áreas, sociales culturales.
- Relación con el medio no académico.

Gestión de cargos de la Clínica y de oportunidades de la Facultad, de la Udelar y posibles convenios, para mejorar las condiciones de trabajo y la dedicación horaria del cuerpo docente, consolidando un grupo de alta dedicación.

Al analizar los recursos humanos de la Clínica se describió una realidad compleja que muestra cierta tendencia a la mejora. Asegurar la estabilidad y continuidad del cuerpo docente, completando las vacantes y promoviendo la permanencia en los cargos es fundamental para la construcción institucional y de interés del colectivo.

La continuidad de los cargos requiere gestión administrativa en la previsión de vacantes y cambios y motivación para la postulación y ejercicio del cargo.

La motivación puede responder a estímulos diversos, entre otros:

- Oportunidades de formación a través de convenios y pasantías con servicios y unidades académicas nacionales y extranjeras. A modo de ejemplo experiencias ya realizadas en:
 - Cenareso, Bs. As.
 - Congresos APAL.
 - Centros de Rehabilitación en Uruguay y en Fundación Manantial en Madrid.
- Integración a grupos de trabajo e investigación interdisciplinarios:
 - Con otras cátedras de la facultad, como el equipo con la Unidad de Sociología de la Salud o los equipos de Alto riesgo obstétrico y Bioética.
 - Con otros Servicios de Udelar, como el grupo de Comprensión y Prevención de conductas suicidas.
- Mejora en la remuneración a través de complementos por proyectos o convenios.
 - Apoyo para postulación a llamados.
 - Facilitar la realización de convenios de servicios o apoyo a proyectos. (Por ejemplo los realizados con la JND y con el Ministerio del Interior)

Gestión del tiempo individual y grupal jerarquizando la formación del cuerpo docente buscando consolidar un grupo de alta calificación.

La profundización de la formación del cuerpo docente es una necesidad para la institución y un beneficio para los docentes.

La tarea docente asistencial es el eje del trabajo de la clínica y la tarea en la que se invierte más tiempo y energía. La planificación y gestión del tiempo puede reorientar parte de la dedicación horaria hacia la formación individual y a la reserva de un espacio de formación colectiva. Considero que es posible estimular la formación en tres orientaciones:

- Formación académica, apoyo para la realización de postgrados académicos, habilitando horas del cargo para cursos y trabajo de campo.

- Perfeccionamiento profesional, diversificación de campos de aprendizaje, a través de la asignación de tiempo para visita de docentes, postgrados y residentes a lugares que desarrollen modalidades de trabajo novedosas no presentes en la Clínica.
- Creación de un espacio permanente de formación autodirigida del cuerpo docente que progresivamente genere una masa crítica.
 - Identificar y seleccionar ejes temáticos, conceptuales y pragmáticos de interés que convoquen al trabajo grupal.
 - Establecer objetivos y tiempo acotados, con una frecuencia factible de mantenerse.

5.2.2. Adecuación de la estructura y organización

Los cambios que se procesan en este momento hacen pertinente revisar la estructura actual y su adecuación como campo de aprendizaje de los futuros psiquiatras.

La transmisión de conocimiento tácito, el desarrollo de habilidades, competencias y actitudes se vincula fuertemente al modelo de trabajo y al espacio de atención en el que se despliega la docencia. Todas las unidades de la Clínica funcionan en hospitales, salvo SMC.

Las estructuras en las que estamos sosteniendo un modelo de trabajo hospitalocéntrico con poca relación con la comunidad, más cerca de las prácticas asistencialistas clásicas que del modelo de recuperación. Nuestra posibilidad de promover cambios se ve dificultada por lo reducido del equipo y la demanda de la tarea.

Mirando la situación surge una contradicción, necesitaríamos diversificar los modelos de trabajo integrándonos a dispositivos de atención diferentes a la vez es difícil mantener el funcionamiento actual extendido y fragmentado. El tema de reducir el número de lugares de trabajo de la clínica ha sido mencionado varias veces pero no lo hemos tomado como tema a resolver.

Creo que es necesario plantear un cambio en la estructura que permita concentrar recursos y a la vez diversificar modalidades de trabajo, familiarizando a los especialistas en formación con dispositivos y técnicas de rehabilitación, con atención ambulatoria en territorio, con el trabajo en equipo y la interacción con otras disciplinas de la salud, tal vez articulando los espacios de la Clínica con Centros Docentes Asociados (CEDAS) o innovando modalidades de docencia y asistencia.

No voy a plantear aquí una propuesta cerrada, creo que un cambio como éste debe resultar de un proceso colectivo que involucre a todo el cuerpo docente, pero no solo, también a otros actores que comparten nuestra tarea, estudiantes, los demás cátedras de SM y de otras especialidades de la Facultad de Medicina, ASSE y en algunas instancias a los usuarios y sus familiares, en la medida que los cambios también los afectarán.

Otro aspecto relativo a la estructura que tendremos que tratar es el lugar de la Unidad Litoral Norte en la Clínica, su desarrollo y las posibilidades de apoyo y fortalecimiento y la eventual cooperación con otros lugares.

En la situación mencionada respecto al interior, y con la perspectiva de que la ley del Sistema de residencias establece que los residentes tienen que realizar una rotación en el interior, es

imperioso revisar nuestra inserción en el interior y planificar los pasos a dar para generar condiciones para que la rotación en el interior sea formativa de buena calidad

Considero que este es un tema de vital importancia y que deberíamos resolver la posibilidad o no de cambio y la dirección del mismo en los primeros meses de gestión

5.3. Dirección y gestión académica

La dirección académica de la Clínica continúa los lineamientos que la ubico en la relación con

5.3.1. Área docente asistencial

Formación de especialistas en psiquiatría

El nuevo Programa de Formación del Especialista en Psiquiatría orienta y describe detalladamente los contenidos y actividades a desarrollar en los 3 años del postgrado.

Sobre la gestión académica para su implementación mencionaré aspectos organizativos y metodológicos que apoyan una práctica docente coherente con las orientaciones principios y conceptos que sustentan el plan.

Formación en servicio y Modelo de atención

Como se refiere en el programa la formación en Servicio es la estrategia principal para la transmisión de experiencia y desarrollo de habilidades desde la práctica supervisada.

Los aspectos mencionados al hablar de estructura tienen una fuerte incidencia en la transmisión de conocimiento tácito en la formación en servicio. Las formas de organización de los servicios, las normas explícitas e implícitas del funcionamiento, de las prácticas profesionales, de las relaciones entre los profesionales y con la población asistida son transmitidas y aprendidas a través de las acciones, de la experiencia diaria, que enfatiza y da sentido a los contenidos técnicos en la vivencia que integra componentes intelectuales y afectivos. Estos son componentes medulares del modelo de atención.

No es posible transmitir como es el ejercicio de la psiquiatría en un modelo comunitario sustentado en un paradigma de recuperación solo desde el contenido del discurso. La organización del trabajo y las relaciones interpersonales en una estructura hospitalaria tienen una fuerte impronta hospitalocéntrica, especialmente en los hospitales y servicios monovalentes. Desarrollar una práctica de tipo comunitaria se posibilitaría en la medida que cambie la organización de la institución.

Esta contradicción que enfrentamos diariamente no siempre es identificada en lo cotidiano, las formas están legitimadas por la rutina y el hábito y no se experimenta la disonancia entre el mensaje verbal y la acción.

Los cambios en la estructura que nos permitirían incorporar otras formas de trabajo se realizarán progresivamente y no serán rápidos. Durante el tránsito hacia estos cambios hay dos estrategias que se pueden emplear como alternativa para trabajar los aspectos actitudinales (actitud abierta y crítica dispuesta a revisar sus supuestos), y promover el desarrollo de habilidades comunicacionales y vinculares que incorporen el enfoque de derechos en las acciones:

- Trabajo en taller con técnicas vivenciales y promoción de supervisión horizontal desde el grupo de pares.
- Descentralización de los campos de aprendizaje: experiencias compartidas con el docente en otros dispositivos sea por pasantías y por acuerdos más duraderos de trabajo con CEDAS. Buscaré el desarrollo de acuerdos con dispositivos comunitarios que puedan ofrecer estas posibilidades. Posibles acuerdos podrían desarrollarse con centros públicos de rehabilitación y estructuras alternativas donde se desarrollan experiencias novedosas y en cuyos equipos hay psiquiatras formados y con experiencia, algunos de los cuales integraron el cuerpo docente de la Clínica. El intercambio periódico y sistemático con la unidad de la Regional Norte y con otros servicios del interior permitiría el conocimiento y reconocimiento de otros contextos, demandas diferentes y formas de respuesta diferentes a las habituales en nuestros espacios de atención.

Cooperación con otras cátedras en la formación teórica

Muchos de los contenidos del programa son compartidos con otras especialidades o cátedras de la facultad, y las instancias de trabajo teórico se realizan en paralelo. Propondré buscar formas de complementación y trabajo conjunto, por ejemplo con psiquiatría pediátrica en alguno de los cursos teóricos. Estas propuestas pueden ser enriquecedoras en la medida que incorporan experiencias y conocimientos diversos y a la vez podrían optimizar el empleo del tiempo y de los recursos humanos y materiales. Los temas comunes con psiquiatría pediátrica abarcan un amplio espectro tanto en las referencias teóricas como en los aspectos terapéuticos.

Preparación para la rotación por el interior

La rotación obligatoria por el interior, de un semestre de duración, en el último año de residencia, está dispuesta en el Sistema de Residencias Médicas. La generación que entrará en 2017 al segundo año de residencia deberá realizar dicha rotación en 2018.

Considero que esta puede ser una oportunidad formativa interesante y fructífera y a la vez una vía para acercar a los especialistas en formación a la realidad y necesidad del interior. Para que se concrete como instancia formativa de calidad y beneficio recíproco hay que trabajar en la generación de condiciones adecuadas a la recepción e inclusión de los residentes, articular esta instancia en la trayectoria formativa y organizar los aspectos logísticos y académicos necesarios. Para concretar esta preparación contactaré al Consejo Honorario de regulación de las residencias, manifestando el interés de la Clínica en colaborar en este proceso.

Dimensión ética de la práctica clínica

La formación de médicos y de especialistas en psiquiatría es indisociable de la formación ética y del compromiso con la población asistida. Si bien esta es una dimensión presente en el accionar diario, considero necesario que el cuerpo docente trabaje sobre las formas de hacer visible y explícito este aspecto en la formación.

Esto requerirá de una preparación previa dentro del cuerpo docente que incluyera reflexión teórica y aspectos prácticos de conocimiento de las disposiciones y herramientas con las que cuenta la Facultad y la Udelar al respecto, por ejemplo el Observatorio de comportamientos profesionales.

Promoción de estrategias y capacidad de aprendizaje autodirigido

El programa propone una formación clínico teórica común para todos los psiquiatras y a la vez brinda la oportunidad de opciones diversas funcionales a intereses y necesidades distintas. Esta flexibilidad posibilitaría el desarrollo de un espectro amplio de competencias que se orienten a dar respuesta a las necesidades diversas de los contextos. A la vez requiere de una actitud proactiva de parte del estudiante en la construcción de su currícula.

La formación no concluye con la obtención del título y es necesario que la iniciativa y el emprendimiento de acciones para actualizar y profundizar la formación continúe toda la vida profesional. En este sentido el aprendizaje autodirigido debe integrarse explícitamente como una posibilidad al inicio y como una responsabilidad posteriormente.

Formación académica

La existencia del PROINBIO (Programa de Investigación Biomédica) programa para la formación de postgrados académicos de clínicos lleva casi 20 años. En este período no ha egresado del programa ningún psiquiatra con título de Maestría o Doctorado y solamente 3 han postulado (Dra. Margarita Wschebor que está actualmente en el programa de Maestría, Dra. María Castellanos que ingresó al programa de Maestrías y lo discontinuó y yo que postulé al programa de Doctorado en el año 2002, fui aceptada pero no obtuve beca por lo cual no lo realicé).

El ingreso a la formación académica en el período inicial de formación en la especialidad podría favorecer su continuidad y buen resultado en la medida que pudiéramos apoyarlo desde la Clínica. Creo que es una alternativa deseable y de beneficio colectivo y para la disciplina. Por este motivo propondré el tema al cuerpo docente para planificar formas de organización y estímulo para la vinculación temprana a programas de formación para la investigación de especialistas en formación y docentes.

Formación de médicos en salud mental y psiquiatría

Desde hace varios años se plantea la posibilidad de que las cátedras del área de Salud Mental trabajáramos mas próximas e incluso se proyectó la posibilidad de formar un Instituto de Salud Mental. Estas instancias no prosperaron pero el interés persiste.

En el último año tuvimos dos reuniones de intercambio acerca de la formación en Salud Mental en el Plan 2008 y posteriormente dos reuniones por el tema de la Ley de Salud Mental. De estos espacios de encuentro surgieron varias iniciativas con respecto la construcción en común de alternativas para la formación de médicos en el área de salud mental. La primera más ambiciosa implica el trabajo conjunto de los docentes de Psiquiatría pediátrica, Salud Mental en Comunidad, Psicología Médica y Psiquiatría en la elaboración de materiales para los estudiantes y en instancias formativas internas que permitiera intercambiar acerca de los distintos enfoque en los temas de alta prevalencia que integran los contenidos temáticos de todos los programas.

La otra alternativa más accesible es la de diseñar en forma conjunta una pasantía optativa sobre Salud Mental desde un modelo comunitario y nuevas alternativas.

Un resultado de estas reuniones fue la concurrencia conjunta al parlamento para plantear la posición de la Facultad de Medicina respecto al proyecto y la participación de las 4 cátedras en

una mesa realizada en la Facultad de Medicina con la Radio Vilardevoz, que fue valorada muy positivamente por quienes participaron.³⁹

Coloco el tema del trabajo conjunto al inicio del desarrollo de la gestión de docencia en la carrera de médico por varios motivos:

- No hay conformidad de parte ni de los estudiantes ni de los docentes en cuanto a cómo se integra la disciplina a la carrera, me refiero aquí a psiquiatría, pero creo que podría ser extensivo a las otras cátedras.
- El número creciente de estudiantes dificulta el empleo de métodos de enseñanza en pequeños grupos, más personalizados, y limita su posibilidad de participación directa en los espacios asistenciales.
- Se han modificado las propuestas en varias oportunidades y el resultado no fue mejor.

Durante 2016 nos reunimos con la Dra. Soledad García quien concurre a la coordinación de CGI y con la Dras. Redes y Lopez Rega analizando posibilidades para mejorar la propuesta formativa para los estudiantes de medicina.

Hay acuerdo en torno a la necesidad de extender la participación a los dos semestres de CGI5 para poder trabajar con grupos más chicos.

Se identifica la necesidad de priorizar la participación en los espacios asistenciales y buscar alternativas para trabajo conjunto con los servicios de Medicina, aproximando la psiquiatría a la práctica clínica en sus ámbitos específicos, por ejemplo actividades de seminarios en sala o policlínica organizados en forma conjunta con los docentes de Medicina y Cirugía en torno a situaciones clínicas de interconsulta. Esta propuesta se intentó instrumentar hace 3 años y no fue exitosa por la dificultad e articulación de tiempos y prioridades entre los docentes de ambas Clínicas.

Hasta el momento no hemos trabajado con los estudiantes a través de la Plataforma EVA. Se ha planteado varias veces, pero no se concretó en parte por considerar que no era el mejor medio para acercar a la psiquiatría y también por aspectos operativos como tener un docente designado para esa tarea.

En 2013 iniciamos pasantías optativas por el Hospital Vilardebó, dos semanas en grupos de 12 personas, 4 en total en el año. Se realizan 2 talleres seminarios teóricos y trabajo de sala o policlínica. Esta instancia es valorada como muy positiva tanto por estudiantes como por docentes.

En suma:

Considero que debemos continuar trabajando en la mejora de la propuesta para pregrado e innovar en la forma de trabajo, lo realizado hasta ahora no resulta ni eficaz ni satisfactorio. Para continuar esta tarea continuará funcionando el grupo de trabajo mencionado que elevará propuestas al colectivo docente.

La integración y cooperación con Salud Mental en Comunidad, Psicología Médica y Psiquiatría Pediátrica para la elaboración de una propuesta en común puede mejorar mucho la calidad de

³⁹<https://www.facebook.com/notes/radio-vilardevoz/n%C2%BA-33-1-de-noviembre-2016-montevideo-uruguay/1277378995666776>

la formación ofrecida. Una forma posible de iniciarlo es a través del diseño de una pasantía optativa.

5.3.2. Investigación

Al desarrollar el trabajo a realizar con el cuerpo docente y en la formación de especialistas fui adelantando planteos que muestran la línea que propongo seguir en referencia a la producción de conocimiento y pensamiento científico. Las propuestas se resumen en tres líneas:

Apoyo a la continuidad y consolidación de los proyectos y grupos de trabajo en marcha.

En la Gestión institucional desarrolle la necesidad de algunos cambios de organización y formas de trabajo que entre sus resultados colaborarían a reorientar tiempo y recursos al desarrollo y consolidación de los grupos y proyectos de investigación.

La priorización de la investigación pasa también por obtener mejores recursos para el diseño y desarrollo de los proyectos, para lo cual procuraremos:

- Obtener recursos económicos a través de postulaciones a los llamados para financiación de proyectos y a través de convenios con organismos oficiales, organismos de la sociedad civil o actores sociales que se interesen en alguna línea de trabajo específica.
- Establecer alianzas con investigadores de otras disciplinas para el desarrollo de proyectos conjuntos, viabilizando la transferencia de experiencia y conocimiento que redunde en la mejora de la calificación científica del cuerpo docente en la producción de conocimiento original que posibilite la publicación en revistas de alta difusión e impacto.

Profundizar en la formación científica de todos los integrantes de la Clínica

Nuestra responsabilidad principal es la formación profesional de psiquiatras competentes, capaces de identificar y responder a las necesidades de la población que asisten en forma oportuna y adecuada, que realicen un ejercicio ético de la profesión. La formación científica es un componente intrínseco de un buen médico y un buen psiquiatra.

Me refiero a una actitud curiosa y crítica que busque activamente la actualización y se vincule con el conocimiento desde una postura reflexiva de indagación, análisis y apropiación del saber útil a sus responsabilidades. Implica también la incorporación del método científico en el desempeño profesional, de razonamiento científico y de habilidades de análisis que genere preguntas y sea capaz de plantear propuestas y cuestionamiento sustentados en argumentación sólida.

Avanzar hacia la consolidación de un grupo de alta calificación académica.

A lo largo de todo el plan hice referencia a esta propuesta. Será uno de los puntos a trabajar con el cuerpo docente desde el inicio. Somos un grupo heterogéneo de intereses y características diversas lo cual da riqueza a las interacciones y al trabajo conjunto y amplía el espectro de posibles ideas, propuestas y acciones.

Entre los docentes hay personas con un perfil marcadamente clínico y docente comprometidos con la disciplina y la enseñanza capaces de motivar y formar a los estudiantes, que tienen

interés en profundizar su formación pero no específicamente en centrar su tarea en el desarrollo de la investigación.

Hay también personas que eligieron la docencia universitaria como camino para el desarrollo de su capacidad como investigadores y para tener esta como su ocupación central.

Y otras personas están igualmente motivados para el trabajo clínico y científico.

Esta diversidad es acorde a la diversidad de responsabilidades y tareas que tenemos encomendadas y me parece necesario y deseable que se posibilite el despliegue de las diferentes formas con respeto y cuidado de las diferencias.

Esto es complementario con el desarrollo del potencial de cada uno y es parte de las responsabilidades de la dirección apoyar este proceso buscando las condiciones más favorables a cada propuesta.

La calidad académica es imprescindible para el desarrollo de la Clínica y se necesita un grupo de sólida formación que lidere el área de investigación y apoye el desarrollo de las capacidades de los estudiantes y los docentes más jóvenes.

Mencioné anteriormente el interés en promover la realización de postgrados académicos y complemento esta propuesta con la consolidación de vínculos internacionales con lugares de referencia que se constituyeran en una oportunidad para los docentes y estudiantes.

Ya mencioné los vínculos que actualmente mantenemos con servicios españoles y argentinos. Buscaré afianzar vínculos con países de la región. En Brasil se inició un vínculo en el Hospital de San Pablo con el Profesor Geraldo Busatto que lidera un servicio de excelente producción académica, que ya ha recibido una estudiante uruguaya mostrando apertura a continuar en este camino. En Chile el vínculo con el Profesor Minoletti tiene ya varios años, su experiencia en gestión de servicios y políticas de salud mental ha sido un importante aporte en las ocasiones en que vino a Uruguay.

5.3.3. Extensión

La Clínica ha estado presente en diferentes espacios de trabajo hacia la sociedad en el cometido de difundir información, sensibilizar a la población en temas de salud y enfermedad mental y apoyar proyectos con fines sociales.

Considero esta responsabilidad una tarea importante para la que no siempre y no todos estamos preparados. El proceso de elaboración y debate del proyecto de ley de salud mental nos llevó a varios de los docentes de la clínica a espacios de intercambio muy diversos, muchas veces poco amables, cuando no claramente hostiles.

La experiencia fue muy rica y positiva, tanto por el resultado en la concreción del proyecto de ley, como por el proceso personal que implicó en cada uno de nosotros y la posibilidad de colectivizarlo en la Clínica. La mirada poco amable sobre parte de nuestras ideas y de nuestro trabajo puso en evidencia que muchas veces trabajamos muy puertas adentro y no cuidamos la comunicación hacia la sociedad. También nos mostró aspectos a revisar y otras formas de trabajo sobre los mismos temas.

Cuando hablamos de las tareas de extensión universitaria solemos centrarnos en el resultado para la sociedad, yo quiero en este punto destacar la importancia del trabajo de extensión en

la formación de los médicos y psiquiatras. Resaltar la importancia del aporte que implica a la institución el aprendizaje que surge del encuentro en espacios sociales diversos con otras formas de mirar y aproximarse a los temas que son nuestro hacer cotidiano, como son los temas de salud y enfermedad.

6. Funcionamiento y actividades

La presentación ajuste y puesta en marcha del plan de trabajo además de las tareas específicas mencionadas en cada punto, requiere planificar el funcionamiento del cuerpo docente, como espacio de reflexión de ideas y conceptos, revisión y concreción de propuestas, en tanto motor y responsables de la Clínica Psiquiátrica.

6.1. Actividades

- 1) Reuniones quincenales de la dirección de la Clínica, de ser necesario individuales con cada uno de los Profesores, estableciendo acuerdos y ejes del trabajo, se propondrán expresamente los siguientes asuntos:
 - a) Compromisos generales y específicos por docente/equipo/unidad según corresponda.
 - b) Pautas organizacionales y de gestión de recursos humanos.
 - c) Organización de la supervisión a los trabajos académicos curriculares y de investigación.
 - d) Organización y distribución de tareas
 - e) Índice temático de aspectos relevantes en la formación docente.
- 2) Mantener las reuniones docentes mensuales, fijando la agenda con anterioridad operativas, resolutivas, temporalmente acotadas. Se propondrán como temas:
 - a) Puesta en común de información relevante.
 - b) Ajuste y evaluación del plan de trabajo.
- 3) Entrevistas de la dirección, con los docentes en forma individual o reuniones de pequeños grupos por servicio, por nivel formativo y por afinidad en la tarea, instancias exploratorias de intereses, preocupaciones y dificultades.
- 4) Jornadas con fines formativos bimensuales con el cuerpo docente completo. De acuerdo a un programa basado en intereses.
- 5) Instancias de evaluación semestrales
- 6) Reuniones semanales operativas temporalmente acotadas con los administrativos:
 - a) Actualización y uso de los legajos de los estudiantes.
 - b) Agenda de seguimiento de ceses y vacantes.
 - c) Agenda de llamados de la Udelar, CSIC - ANII y organismos internacionales.

6.2. Cronograma de los 2 primeros años

	2017	2018				2019			
Ajuste diagnóstico y plan									
Acuerdo de dirección para la gestión de RRHH									
Acuerdo del cuerpo docente para la reorganización de tareas									
Análisis de posibles cambios en la estructura									
Propuesta de cambio estructura a otros actores									
Continuidad de tarea docente asistencial									
Continuidad de los proyectos en desarrollo									
Espacio de formación interno									
Reuniones con otras cátedras de SM									
Vínculos con otros actores de la academia									
Vínculos internacionales									

7. Monitoreo y evaluación

El programa de formación plantea las herramientas para la evaluación de los estudiantes y de los docentes.

Como complemento a la misma plantearé a los docentes y estudiantes la necesidad de hacer un seguimiento de las propuestas y acuerdos de trabajo.

Se decidirá los aspectos a evaluar en cada etapa y la forma de monitoreo incluyéndolo en los acuerdos de trabajo.

8. Bibliografía

- Amita Dhanda, 2008. Construyendo un nuevo léxico de derechos humanos: la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. *Sur Revista Internacional de Derechos Humanos*, 5(8), pp.43–59.
- Arduino, M. & Ginés, A., 2013. Cien años de la Colonia Etchepare. *Rev Psiquiatr Urug*, 77(1), pp.59–67. Available at: http://www.spu.org.uy/revista/jul2013/07_ASM_01.pdf.
- Bion, W. R. , Experiencias en grupos, Paidós Buenos Aires 1972
- Bourdieu, P., 1980. Le capital social. Notes provisoires. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 31, pp.2–3. Available at: http://www.persee.fr/doc/arss_0335-5322_1980_num_31_1_2069.
- Brailovsky, C., 2001. Educación médica, evaluación de las competencias. In O. F. de M. UBA, ed. *Aportes para un cambio curricular en Argentina 2001*. pp. 103–122. Available at: 950-710-071-7.
- Caldas-de-Almeida, J., 2007. Implementación de políticas y planes de Salud Mental en América Latina. *Revista Psiquiatrica de Uruguay*, 71(2), pp.111–116. Available at: http://spu.org.uy/revista/dic2007/03_asm.pdf.
- Claustro Facultad de Medicina - Plan de Estudios de la Carrera de Doctor en Medicina - Aprobado por el Claustro en su sesión del 27/12/2007 Diario Oficial Nº 27.637- Diciembre 19 de 2008 pag. 11 a 18 <https://impo.com.uy/diariooficial/2008/12/19/avisosdeldia.pdf>
- Cuerpo_de_Redacción, 2015. Editorial. *Rev Psiquiatr Urug*, 79(1), pp.10–12.
- D'Alessandro, M. & Echavalete, N., 2011. *Primeros pasos hacia un Nuevo Modelo de Atención en la Salud Evaluación de Metas prestacionales en el sistema privado*.
- Giménez, G., 2005. La dotación de capital humano de América Latina y el Caribe. *Revista de la Cepal*, (92), pp.83–100. http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/11071/086103122_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Ginés, A., 1997. La Clínica Psiquiátrica universitaria: un compromiso con la población por el camino de la calificación permanente. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 84/85:, pp.239–272.
- Gomez_Martinez, M. & Colaboradores, 2016. Análisis de las buenas prácticas de participación ciudadana en las unidades de gestión clínica del Servicio Andaluz de salud. *Gac Sanit* 2017;31:139-44 - Vol. 31 Núm.2 DOI: 10.1016/j.gaceta.2016.06.003
- Gonzalez, T., Olesker D., y cols. La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud, MSP 2010 http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=99%3Apublicacion-construccion-sistema-nacional-integrado-salud&Itemid=230
- Guimón José, Intervenciones en Psiquiatría comunitaria, Biblioteca de salud mental, Core Academia, Madrid, 2001

- Hernández Silva, F.E. & Martí Lahera, Y., 2007. Conocimiento organizacional: la gestión de los Recursos y el capital humano. *Acimed*, 14(1), pp.1–26. Available at: http://eprints.rclis.org/9133/1/http___bvs.sld.cu_revistas_aci_vol14_1_06_aci03106.htm.pdf.
- Lanteri-Laura, G., 2000. *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*, Tricastela.
- Larrobla C. Unidades Psiquiátricas en Hospitales Generales en América del Sur: contexto y panorama general de los últimos años - *Rev Psiquiatr Urug* 2007;71(2):125-134
- Minoletti, A., 2013. Reforma para la atención de personas con enfermedades mentales severas. *Rev. psiquiatr. Urug*, 77(1), pp.32–45. Available at: http://www.spu.org.uy/revista/jul2013/04_Conferencia_01.pdf.
- Mizraji, E., 2007. Aportes e la neurociencia a la psiquiatría: El ejemplo de las Redes Neuronales. In *Curso de psicofarmacología 2007*.
- Murguía, DL. y Soiza Larrosa, A. *Desarrollo de la Psiquiatría en el Uruguay*. Revista de Psiquiatría del Uruguay, LII: 169-179, 1987
- Murguía, D., 2000. *Testamento de gratitud. Maestro de la medicina nacional*. <https://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/murguia.pdf>
- Postel, J. & Quérel, C., 1987. *Historia de la psiquiatría*, México: Fondo de cultura económica.
- Puppo H. 1983. La cátedra de psiquiatría. Su evolución histórica. *Rev. de Psiq. del Uruguay* 48: 19-36 <http://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/puppo-psiq.pdf>
- Romano, S., Novoa, G. & Gopar, M., 2007. El trabajo en Equipo : Una mirada desde la experiencia en Equipos Comunitarios de Salud Mental. , 71(2), pp.135–152.
- Romano S. (Coordinadora) Aportes a un debate sobre la Organización de la Atención en Salud Mental y Psiquiatría *Rev Psiquiatr Urug* 2007;71(2):110
- Romano S. Editorial Aprehendiendo el pasado, construyendo el futuro, *Rev Psiquiatr Urug* 2015; 79(2):88-89
- Sociedad de Psiquiatría del Uruguay "Situación de la Asistencia Psiquiátrica y Propuesta de Cambio". Investigación de la Comisión de Salud Mental de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay (oct., 1984). *Rev. de Psiqu del Uruguay*, 51: 1-16, 1986
- Torres Peñafiel, N. del R., 2015. El concepto de capital humano enfocado al conocimiento. *Contribuciones a la Economía*, pp.1–8. Available at: <http://eumed.net/ce/2015/1/capital-humano.html>.
- Torterolo, P., Scorza C., Lagos P., Urbanavicius J., Benedetto L., Pascovich C., Lopez Hill X., Monti J., Melanin-Concentrating Hormone (MCH): Role in REM Sleep and Depression - *Front. Neurosci.*, 17 December 2015 | <https://doi.org/10.3389/fnins.2015.00475>
- Valle Lisboa J.C.; Reali F.; Anastasía H.; Mizraje E. - Elman topology with sigma-pi units: an application to the modeling of verbal hallucinations in schizophrenia. *Neural Networks*, v.: 18, p.: 863 - 877, 2005