

La Sociedad de Psiquiatría del Uruguay ha solicitado mi opinión sobre estas importantes cuestiones de educación. Ellas están en el orden del día en nuestro país y en la comunidad internacional.

Quiero destacar que aún no hemos elaborado un documento sobre estos problemas en la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina, por lo que la valiosa contribución de mis compañeros docentes, residentes y posgrados no estará presente en estas reflexiones; los lectores sabrán disculpar esta limitación.

En compensación contarán con otras opiniones, que también fueron solicitadas, de modo que podrán aproximarse a esta cuestión desde diversas perspectivas. La Revista de Psiquiatría me ha facilitado el aporte del Dr. Humberto Casarotti¹, colaborador calificado de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina; ese trabajo constituye un referente mayor, amplio y profundo, fundado en su actividad de educación continua y permanente en psiquiatría, desarrollada durante décadas en niveles de excelencia.

I. El desarrollo permanente del rol y las capacidades del médico en la asistencia a sus pacientes constituye un componente esencial de la profesión médica

La *relación médico-paciente*, la construcción de las *hipótesis diagnósticas* y de las evidencias dirigidas a elevar su probabilidad (anamnesis, examen y métodos complementarios), el diseño y la administración de un *plan terapéutico integral* sostenido en comprobaciones consensuadas, la *evaluación crítica* (personal y por consulta entre pares) del curso evolutivo de los pacientes, la *disposición solidaria*, la *calidad ética* y la *responsabilidad* por actos y decisiones, constituyen condiciones básicas al obtener la habilitación médica o

la habilitación especializada. Pero de ahí en más el propio ejercicio médico supone un crecimiento autosostenido, característico de nuestra tarea y de alto valor social, “*la experiencia del médico*”, aun cuando no exista certificado que la acredite.

Treinta o cuarenta años atrás, un buen médico podía asegurar ese crecimiento con los atributos adquiridos en la Facultad de Medicina y que acrecentaba en forma continua y permanente con el saber acumulado en textos de renovación periódica, revistas y actividades de intercambio en los servicios o en las sociedades científicas. Así, la Educación Médica Continua (EMC) y la Educación Médica Permanente (EMP) –tal como se definen hoy– estuvieron implícitas y se desarrollaron en los ámbitos de los servicios docentes asistenciales, en las sociedades científicas y como iniciativa personal del médico.

La EMC hace referencia a la educación a través de congresos, jornadas, conferencias, cursillos y otras actividades puntuales; la EMP consiste en la educación en el trabajo, en los servicios donde los médicos realizan sus tareas y está enlazada a los problemas que surgen en la actividad de esos servicios. Cuando hagamos referencia a ambas, diremos educación médica continua y permanente (EMC-EMP).

En nuestro país, la formación del médico psiquiatra incluye un período inicial de pregrado estructurado y obligatorio, con evaluación y certificación, cuyo currículo establece y acredita la Facultad de Medicina –ocho años con internado obligatorio–, un período de especialización (posgrado o residentado) estructurado y obligatorio, con evaluación y certificación, cuyo currículo establece y acredita la Escuela de Graduados –entre tres y cinco años, en los hechos– y que se realiza en la Clínica Psiquiátrica de la Facultad; en ambos casos el Ministerio de Salud Públi-

Autor

Ángel M. Ginés

Médico Psiquiatra.
Profesor Director de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República.

ca, responsable de las políticas nacionales en salud, habilita el título y el certificado universitario.

El tercer período de 30 a 40 años corresponde al ejercicio de la actividad del médico psiquiatra; en comparación a los dos anteriores, la educación médica de este período –que es el más prolongado y el de mayor impacto sanitario y social– no está estructurada, es optativa, no tiene evaluación, certificación ni institución acreditada a ese fin específico.

II. La conveniencia de organizar la educación continua y permanente (EMC-EMP) durante todo el ejercicio de la vida profesional del médico

El objetivo político

El objetivo de la EMC-EMP, como todas las actividades de la medicina, es asegurar el mejor nivel de calidad en la asistencia de las personas y las colectividades. Las Conclusiones del Encuentro del Sindicato Médico del Uruguay (SMU) –Balneario Solís, agosto de 2000– señalan: *“El nuevo modelo sanitario debe abarcar en su cobertura al universo de la población del Uruguay... debe ser único, universal, equitativo, accesible, solidario, con calidad comprobada, que tienda a la promoción, prevención, asistencia y rehabilitación de la salud de acuerdo con la realidad epidemiológica”*². La universalidad de esta perspectiva, para la psiquiatría, queda establecida en los Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental, aprobados por Naciones Unidas en 1991, cuyo primer numeral expresa: *“Todas las personas que padezcan una enfermedad mental, o que estén siendo atendidas por esa causa, tienen derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental, que será parte del sistema de asistencia sanitario y social”*³.

Para cualquier comunidad un instrumento principal para realizar estos objetivos es disponer de recursos humanos en salud, con un cuerpo médico, y en nuestro caso, además, un cuerpo de médicos psiquiatras con las mejores calidades vinculares, científicas, técnicas, éticas y políticas. No se trata sólo de la excelencia de los profesionales de excepción, se trata

especialmente de que cada uno de nosotros, integrantes del cuerpo psiquiátrico nacional, resulte suficientemente bueno, en las diversas connotaciones del término. Este solo fundamento aconseja progresar en la construcción de un Sistema Nacional de EMC-EMP, pero hay otros fundamentos de gran importancia. Los enunciaremos resumidamente.

Las transformaciones en psiquiatría y salud mental

Desde la apertura democrática en la primera mitad de los 80, *nuestro país ha realizado una notoria transformación en la asistencia psiquiátrica a la población*^{4,5}, que partió de los inteligentes y comprometidos consensos de amplia participación que generaron el Programa Nacional de Salud Mental⁶, que constituye desde 1986 la política en salud mental del estado uruguayo.

Tres direcciones principales, ampliamente conectadas, se han abierto: la primera apunta a la Atención Primaria de la Salud, como estrategia principal; la segunda consistió en la creación y el desarrollo de Unidades de Psiquiatría y Salud Mental en los hospitales generales; la tercera, desarrolla los nuevos modelos de asistencia de las personas que padecen psicosis y otros trastornos mentales invalidantes.

La prevalencia histórica. El Asilo Mental^{7, 8, 9}, con escenarios principales en el Vilardebó y las Colonias, a los que deberíamos agregar también el Piñeyro del Campo, constituyó durante un siglo *el problema más importante de la psiquiatría y la salud mental de nuestro país*; insoluble e inaceptable, resultó fuente permanente de malestar para los pacientes, sus familiares, el personal de salud y la comunidad^{10, 11, 12}. Sobre ese fondo se comprueban, en los últimos años, modificaciones sustanciales.

El número de asilados se redujo de 5.000 personas –hasta la década del sesenta– a un remanente de 1.000, en permanente descenso; la tasa de asilo –que llegó a ser de las más altas del mundo (18 o/000)– regresó a los niveles del arranque del “modelo asilar”, previo a la apertura del Manicomio Nacional en 1880 (3 o/000). (Las cifras que empleamos provienen del sector público, ya que el sector privado permanece opaco a la investigación).

Además, se obtuvo una redistribución nacional de los servicios y de la internación (donde la participación de los psiquiatras departamentales fue decisiva) y una modificación funcional de la internación psiquiátrica. El tiempo de internación por episodio crítico ha descendido de meses o años a promedios de entre 20 y 35 días; un creciente porcentaje de las internaciones, en el sector público, se realiza en hospitales generales; el Hospital Vilardebó, reestructurado, tiene hoy 300 camas, esto es, menos de un quinto de su hacinamiento histórico. Se generaron y consolidaron Centros Diurnos de Rehabilitación Psicosocial, programas de psicoeducación y casi cuatro decenas de centros de salud mental de integración interdisciplinaria con distribución nacional.

El segundo gran problema histórico en la asistencia a la población ha sido la incapacidad de incorporar recursos psicoterapéuticos a los servicios públicos y a las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC). Las psicoterapias de diversa orientación tuvieron un buen desarrollo en nuestro país; pero su inserción se limitó a los sectores que podían acceder a la asistencia por pago personal de servicios y no desarrolló proyectos de intervención psicoterapéutica para la asistencia integral de los pacientes más gravemente afectados. Las diversas escuelas se constituyeron como campos incomunicados y muchas veces confrontados. La investigación empírica fue obviada. Por iniciativa de la Clínica Psiquiátrica, a partir de 1986^{13, 14}, se obtuvo un notable avance en las psicoterapias abiertas a la comunidad. Convergen en este programa diversas orientaciones empleando técnicas individuales, grupales y familiares con cobertura de adolescentes, adultos y familias para problemáticas existenciales, neurosis, trastornos de la personalidad y psicosis. Constituyen el primer programa de psicoterapias y abordajes psicosociales –consolidado en nuestro medio– en los servicios de salud. La investigación sobre resultados, procesos y servicio de psicoterapia ha tenido un notable desarrollo^{15, 16, 17}.

Estos avances indican que la psiquiatría nacional ha respondido con creciente competencia, asimilando críticamente la experiencia nacional e internacional y aportando con originalidad hacia las transformaciones esperadas. Las tareas de educación médica

desarrolladas por la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay (SPU), la Asociación de Psiquiatras del Interior (API), la Sociedad de Psiquiatría Biológica del Uruguay (SPBU); por la Facultad de Medicina y el Ministerio de Salud Pública (MSP), y por otras instituciones del área de salud mental pueden valorarse cualitativamente en función de su impacto en los cambios obtenidos.

Así, una nueva modalidad de asistencia, que está en sus comienzos, ha comenzado a desplegarse: la hospitalización pautada, de la mayor brevedad posible y con atención integral; la asistencia en la comunidad (en centros de salud, centros diurnos y en asistencia domiciliaria en las crisis¹⁸); la educación del paciente y de su familia; los espacios psicoterapéuticos grupales¹⁹ y personales; la extensión de los programas de rehabilitación, con la expectativa de reintegrar a los pacientes a la actividad social plena o protegida; la participación activa de los usuarios y la formación de grupos de autoayuda; el énfasis en los derechos humanos y en las pautas bioéticas; la diferenciación clara entre hospitalización y asilo o albergue; el diseño de los planes terapéuticos como “ensayo clínico” con evaluación sistemática de la efectividad, costo/beneficio y bienestar existencial; la integración interdisciplinaria amplia en los equipos de salud; el mejoramiento en la calidad de los contratos del personal y los nuevos modelos organizativos y de gestión. La vitalidad de estos cambios tiene su principal expresión en el sector público –que cubre casi la mitad de la asistencia–, pero no logró movilizar aún al sector de las IAMC –que cubre casi la otra mitad.

Estos cambios conceptuales y en la política sanitaria convergen con un desarrollo científico internacional que desde la medicina y las neurociencias aporta modelos de investigación y recursos terapéuticos relevantes. Las terapéuticas en trastornos mentales se equiparan hoy a los mejores niveles de la medicina y están densamente comprobadas para los agentes neurobiológicos, para las psicoterapias de diversa orientación teórica y técnica y para los dispositivos psicosociales y educativos. *Este efectivo conjunto de instrumentos terapéuticos y, más aun, su empleo combinado –cuando corresponde– permite multiplicar y elevar*

la calidad de las intervenciones no sólo en prevención secundaria –que durante mucho tiempo fue el lugar exclusivo de las acciones– sino en prevención primaria y terciaria.

El Sistema de EMC-EMP en psiquiatría, incluirá en mi opinión, entre otras temáticas, las cuestiones que venimos de enunciar resumidamente y que resultan de amplio interés para ampliar y profundizar la competencia del cuerpo psiquiátrico nacional con el objetivo de perfeccionar la calidad de asistencia a la población. Pero deberá afrontar y obtener competencia en la prevalencia de fin de siglo que nos desafía agregando nuevos problemas.

La prevalencia de fin de siglo. *Existe un nuevo perfil en la demanda masiva a los servicios de asistencia y una notoria inadecuación en las respuestas sanitarias.* Los estudios realizados sobre las consultas al Servicio de Salud de Canadá indican²⁰: el 50 % de la consulta puede resolverse con una buena anamnesis, esta cifra se eleva al 80 % si se realiza el examen físico; los estudios complementarios y especializados son necesarios en el 20 % del volumen global de la consulta. Pero como los estudiantes de medicina y los médicos se entrenan exclusivamente con ese último grupo de pacientes, no poseen las habilidades para resolver en forma apropiada buena parte de la demanda de asistencia. Se incluye aquí las molestias y quejas corporales –que no correlacionan con trastornos somáticos consistentes–, los problemas emocionales y del estado de ánimo, entrelazados con problemáticas existenciales. Se observa, pues, problemas en la habilidad vincular del médico y en su competencia para manejarse con estos problemas, en un período de incremento muy fuerte de este tipo de padecimientos. Alta prescripción de psicofármacos, “medicina alternativa”, expansión de propuestas folklóricas y médico-folklóricas –que contrastan con la prodigación irracional de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos de alta tecnología– son otros de los tantos síntomas de las dificultades que tenemos los médicos para responder con propiedad a las características actuales de la demanda de las personas y las comunidades.

De especial preocupación resultan los problemas de la violencia y sus consecuencias y la incidencia creciente de la muerte violenta^{21, 22, 23}; el consumo riesgoso de sustancias psicoactivas y sus complicaciones²⁴; la distorsión de la imagen corporal y los desórdenes de las conductas de alimentación; las nuevas modalidades de padecimiento en la vida cotidiana. Las modificaciones de la conducta de las personas y los grupos sociales, con fuerte tendencia al egocentrismo y a la devaluación de los vínculos solidarios^{25, 26}; la exaltación competitiva sin consideración por el prójimo y por sí mismo; la incertidumbre y enajenación en la actividad laboral con desempleo, subempleo y multiempleo; los fenómenos de marginación y fragmentación social, constituyen un complicado entramado de riesgos. Estos y otros problemas aparecen sobre una compleja inflexión de la cultura en el fin de siglo, condicionada por rápidas transformaciones económicas, tecnológicas y sociales con fuerte y creciente concentración regresiva de bienes materiales y culturales. Los espacios de crecimiento y de formación de los seres humanos, la familia, los ámbitos de convivencia e intercambio creativo y recreativo y la actividad laboral, resultan fuertemente perturbados y hasta desmantelados, afectando especialmente a niños, jóvenes y adultos mayores. El incremento de la población de tercera edad (componente de la transición epidemiológica) incrementa las necesidades de cobertura en esa etapa en la que convergen la disgregación familiar, la marginación, el aislamiento social y los procesos de deterioro orgánico y neurobiológico; este es un campo propio de las habilidades y conocimientos de la psiquiatría, donde su pertinencia y especificidad –como en todos los de nueva prevalencia– resulta insustituible. Bueno es indicar que en todos los fenómenos de la nueva prevalencia, los propios médicos y el personal de salud somos afectados como el resto de la población e incluso con mayor incidencia de riesgos y complicaciones.

Por eso la prioridad concedida por la Clínica Psiquiátrica de la Facultad a la formación de los estudiantes de medicina y a los médicos en la educación continua, en la incorporación de herramientas básicas de encuentro, semiología y clínica, con aportes de conocimientos operativos, que resultan imprescindibles

en la actividad médica; estos instrumentos, ampliamente desarrollados por la psiquiatría y otras vertientes de la salud mental, componen el quehacer con los trastornos mentales, pero forman parte inseparable de la calidad del médico que sólo la psiquiatría y otros campos de la salud mental están en condiciones de proveerle.

En Uruguay estos fenómenos de fin de siglo han aparecido con relativo retraso y menor intensidad que en otros países, pero ya están instalados en forma endémica. Constituyen para la sociedad uruguaya una preocupante amenaza; para los técnicos en salud el desafío de cooperar en nuevos campos donde los paradigmas tradicionales resultan insuficientes. El cuerpo médico psiquiátrico ha de incluir estas nuevas o renovadas problemáticas asimilando conocimientos y habilidades, pero también innovando en la construcción de proyectos asistenciales apropiados y sostenibles por nuestra sociedad. En estas propuestas la psiquiatría deberá extender la EMC-EMP a todo el cuerpo médico nacional.

III. El desarrollo de la EMC-EMP

Desde hace un cuarto de siglo el desarrollo de las actividades de EMC-EMP y la construcción de hecho de este espacio educativo, viene promovido por OMS/OPS, las escuelas de medicina y las sociedades científicas.

En nuestro medio la SPU, la API y la SPBU han tenido una actividad sostenida y calificada en EMC, cuyos beneficios en el cuerpo psiquiátrico y en el desarrollo del Programa Nacional de Salud Mental son notorios. La Clínica Psiquiátrica universitaria, cuyo cometido docente específico recae en la formación de pregrado y de especialistas, también realiza algunas tareas de EMC en su propio ámbito (seminarios regulares para el curso de especialistas y de actualización para sus propios docentes) o en cooperación con las sociedades científicas (Jornadas Científicas anuales, para impulsar la investigación nacional en psiquiatría) y se beneficia ampliamente de las actividades de educación continua de las sociedades científicas; también realiza tareas de EMP en los servicios docente-asistenciales, en cooperación con los técnicos de ASSE y sociedades científicas de psiquiatría

y psicoterapia (ateneos, programas docente-asistenciales innovadores, etc.).

En los últimos quince años las orientaciones del Programa de Salud Mental y la educación médica continua han tenido un notable despliegue nacional. La Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina ha informado al Consejo de la Facultad que “el desarrollo de la psiquiatría en los diversos Departamentos constituye uno de los cambios más trascendentes del último tiempo, que marcará un viraje en la asistencia en psiquiatría y salud mental, y que merece el mayor destaque la actividad asistencial, docente y de extensión que realizan casi setenta médicos especializados en psiquiatría y nucleados en la Asociación de Psiquiatras del Interior”²⁷.

En función de estas nuevas condiciones, el Consejo de la Facultad autorizó a la Clínica Psiquiátrica a crear Unidades Docente-Asistenciales en los Departamentos de Salto y Paysandú y una Unidad Docente Asociada en el Departamento de Artigas, para dar comienzo a una descentralización departamental que extienda el servicio universitario y permita a los estudiantes, residentes, posgrados, médicos y especialistas en psiquiatría beneficiarse del aprendizaje en experiencias nuevas que apuntan a la transformación de la asistencia psiquiátrica hacia propuestas avanzadas de orientación comunitaria. En mayo de este año se proveyeron por concurso de méritos y oposición sendos cargos de Asistentes de Psiquiatría para las Unidades de Salto y Paysandú. El Consejo de la Facultad designó también un Colaborador Especializado para conducir la Unidad Docente Asociada de Artigas.

La provisión de estos cargos por la vía del concurso de oposición es un hecho que trasciende a la psiquiatría, pues por primera vez en la historia de la Facultad se emplea este procedimiento, tan caro a nuestra tradición universitaria, para la designación de docentes en Departamentos diversos de Montevideo. Debe destacarse que estos cargos no implicaron un incremento presupuestal para la Facultad, en crónica insuficiencia, sino que fueron producto de una reestructuración de la Clínica Psiquiátrica, que el cuerpo docente del servicio dispuso realizar para compartirla con sus colegas de otros Departamentos.

Las iniciativas de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina

La Escuela de Graduados ha impulsado el desarrollo de la educación médica y la creación de un Sistema de Educación Médica Continua y Permanente desde hace más de un lustro²⁸. En 1995 se creó un Comité Honorario de EMC.

El último documento emanado del Decanato de la Facultad y de la Escuela de Graduados da cuenta de los avances realizados²⁹.

La EMC es señalada como la estrategia para mantener la competencia profesional, planificada según las necesidades de los médicos, con objetivos claramente definidos, con metodologías adecuadas al aprendizaje del adulto, evaluada y acreditada por un organismo competente y que podría constituir la base de un sistema de regulación profesional (recertificación u otros).

La EMC es definida como un ámbito de *responsabilidades compartidas*. La *responsabilidad y la participación deberán ser multiinstitucionales*. La Facultad de Medicina aporta su perfil académico; el MSP es responsable de la calidad asistencial del país; las gremiales médicas (SMU y FEMI) como representantes del cuerpo médico nacional; las sociedades científicas y las instituciones de asistencia públicas y privadas desarrollando, incentivando y facilitando la participación de sus profesionales.

En 1999 se firmó un *acuerdo marco* (FM, MSP, SMU, FEMI) con la finalidad de iniciar gestiones para la implementación de un *Sistema Nacional de EMC*, con integración multiinstitucional, funcionando en red en todo el país. *Este sistema será el responsable de orientar, estimular, facilitar, normatizar, coordinar, evaluar y acreditar las actividades de EMC, garantizando la accesibilidad y universalidad y otorgando autonomía al funcionamiento de las Unidades de la red.*

Mientras se implementa el Sistema Nacional de EMC, la Facultad de Medicina delegó en la Escuela de Graduados potestades para iniciar y desarrollar un *proceso de evaluación y acreditación de las instituciones organizadoras de actividades de EMC*; los requisitos y normas de acreditación fueron aprobadas por el Consejo de la Facultad en setiembre de 2000.

El Sistema Nacional de EMC, una vez en funciones, podrá convertirse en un *campo de investigación para la formación de recursos humanos, en la modalidad de aprendizaje del adulto, con la introducción de nuevas tecnologías de educación, con evaluación de la propia EMC como instrumento idóneo para mantener y acrecentar la competencia de los técnicos y su repercusión en la calidad de los servicios asistenciales.*

Los investigadores en educación del adulto (andragogía) indican algunos perfiles en el aprendizaje del adulto que serán de interés en la EMC: necesitan saber por qué deben aprender, sienten necesidad de dirigir su propio proceso de aprendizaje, cuentan –a diferencia de los jóvenes– con experiencia, gran volumen y diferente calidad, los grupos de adultos son bien heterogéneos, prefieren el aprendizaje centrado en las tareas o en los problemas.

IV. La participación activa de los médicos psiquiatras en el proceso educativo y en la conducción y dirección de un sistema de educación continua y permanente

Las actividades de EMC-EMP en psiquiatría deben asegurar que la educación esté abierta a *todos los integrantes del cuerpo médico psiquiátrico*. Esta población es heterogénea en años de ejercicio, en género, en distribución geográfica, en escenarios de actividad, en perfiles en el empleo de los instrumentos terapéuticos, en funciones (ejercicio directo, tareas de dirección y administración de servicios, funciones docentes, investigación, etc.).

En 1999 nuestro país contaba con 502 especialistas en psiquiatría (1.5 por diez mil habitantes, que puede considerarse excelente); si se suman los especialistas en psiquiatría pediátrica (98), la tasa se eleva a 1.8 o/000. La distribución nacional está muy sesgada, con franco predominio en Montevideo (435 y tasa de 3 o/000 habitantes) con relación al resto de los Departamentos (65 y tasa de 0.35 o/000); sin embargo, resulta notoria la tendencia a la expansión a los diversos Departamentos en los que, hasta la década del 70, la radicación de psiquiatras era excepcional.

Con este volumen de recursos humanos, psiquiatría y psiquiatría pediátrica sumadas, ocupan el tercer lugar entre los recursos médicos con el 4,76 %, siguiendo a pediatría (8,15 %) y a medicina interna (5,99 %).

Aspiramos a que cada uno de nosotros y el colectivo psiquiátrico nacional resulte *protagonista activo del proceso de docencia-aprendizaje y de la conducción y dirección de ese proceso*. Así, por ejemplo, el equipo docente de la Clínica Psiquiátrica universitaria participa en alto porcentaje de las actividades de EMC organizadas por las sociedades científicas *como condición indispensable de aprendizaje continuo* y aporta conocimientos y experiencias cuando resulta posible y pertinente; recíprocamente conduce, en cooperación con las sociedades, las Jornadas Científicas anuales –que tienen como objetivo desarrollar la investigación científica nacional en nuestro campo–, y desarrolla además, por propia iniciativa, otras actividades abiertas de EMC-EMP.

La Clínica Psiquiátrica tiene la responsabilidad de la educación de pregrado y de especialistas; el cuerpo docente desarrolla esas actividades con su plantel presupuestal, seleccionado por concurso, con los programas aprobados por la Facultad de Medicina y la Escuela de Graduados, y con la cooperación de docentes honorarios (de honor), acreditados por el servicio, que multiplican en varias veces el plantel y aseguran la presencia de la más alta calidad de profesionales en psiquiatría y salud mental.

De modo diferente, *en la EMC-EMP los docentes del servicio participamos en nuestra condición de médicos psiquiatras en una tarea de educación en común con nuestros pares*.

Hemos observado con satisfacción que las diversas sociedades científicas de psiquiatría convinieron una comisión para coordinar sus actividades en EMC. La Clínica Psiquiátrica universitaria coopera al máximo nivel posible con esos emprendimientos de las sociedades de egresados. En nuestro país, los egresados universitarios forman parte, por Ley Orgánica, de la Universidad de la República –sin distinción de pertenencias gremiales ni societarias– y son electores y elegibles en los órganos de cogobierno; de ello resulta que tanto las decisiones de la Facultad de Medicina y de la Escuela de Graduados como la orientación general

de la Clínica Psiquiátrica son conducidas, en cogobierno, por egresados, estudiantes y docentes.

V. Algunos problemas mayores para el desarrollo de la educación médica

El Comité Honorario de EMC de la Escuela de Graduados y la Facultad de Medicina han valorado las dificultades y los obstáculos al desarrollo de esta estrategia educativa.

Las condiciones laborales. El Profesor Emérito Dante Petruccelli, destacado promotor del desarrollo profesional médico continuo, ha señalado con claridad que *“el pluriempleo es un gran enemigo del correcto ejercicio de la medicina y de la formación profesional continua”*³⁰.

Un problema mayor con relación a la calidad y disposición de los recursos humanos en salud, en medicina y psiquiatría, son pues, las condiciones en que los técnicos realizan su actividad en el Ministerio de Salud Pública, en la Facultad de Medicina, en las IAMC y en el ejercicio privado. Estas condiciones de contrato laboral y de ejercicio profesional no aseguran que los técnicos puedan emplear su capacidad creativa exclusiva o principalmente en un lugar de pertenencia, condición necesaria para aspirar a la calidad asistencial y técnica. La EMC-EMP debe incluir estos problemas y establecer vías para superarlos.

Con toda franqueza, la superación de estos problemas resulta –por ahora– poco probable, ya que los médicos que deberíamos impulsar estos cambios permanecemos aferrados al conocido mal del multiempleo y a la “libertad del mercado médico”, sin disposición a la limitación saludable de la jornada laboral, a la radicación en una actividad principal realizada con creatividad plena, al ingreso y progreso por concurso y evaluación de tareas, a valorar la actividad médica en función del bienestar de los pacientes, de la comunidad y de los propios médicos, por encima de cualquier otra consideración.

La incorporación de metodología científica apropiada y de controles de calidad en los servicios asistenciales y docentes. En los primeros años de desarrollo, el Programa Nacional de Salud Mental evidenció un importante déficit en metodologías apropiadas para profundizar en los diagnósticos de situación y, más aun, para evaluar los cambios procesados. Esto impedía valorar con precisión las innovaciones, los efectos obtenidos y la opinión de los actores (usuarios, familiares, grupos comunitarios, técnicos, funcionarios, opinión pública).

En los últimos años se comprueba un incremento notorio de comunicaciones científicas, evaluaciones de servicio y estudios epidemiológicos descriptivos. Desde hace doce años, en las Jornadas Científicas en Psiquiatría, organizadas por la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina, el SMU, la SPU y otras sociedades científicas se discute anualmente, en tres días de actividad, más de treinta trabajos que recogen los esfuerzos de investigación en psiquiatría y salud mental del último año.

Para el avance y la toma de decisiones en el PNSM y para el desarrollo de la EMC-EMP, la calidad y extensión de los registros, la elaboración de los datos existentes y la evaluación sistemática, constituyen condiciones imprescindibles.

El contexto político y social. En 1994 el Encuentro Continental de Educación Médica realizó algunas precisiones bien pertinentes que tienen, además, el valor de la representatividad de las Facultades y Escuelas de Medicina agrupadas en la Asociación Latino Americana (ALAFEM) y en la Federación Pan Americana (FEPAFEM). En la "Declaración de Uruguay"³¹ señalan que *"las significativas transformaciones políticas y económicas y especialmente la reforma del sector salud, iniciada en la mayoría de los países del Continente, no se han reflejado positivamente en el desarrollo de condiciones de vida de forma a promover con equidad, mejoras en la situación de salud de nuestras poblaciones"*, *"el médico y el equipo de salud viene adoptando formas de ejercicios profesionales subordinados a los mecanismos de mercado no aplicables directamente en el campo de la salud, con el agravante inaceptable de la segmentación social de la asistencia y la formación, ajustada a diferencias del*

poder adquisitivo entre sectores sociales", *"la insuficiencia de los esfuerzos desarrollados por las diferentes entidades ligadas a la educación médica que no han producido cambios concretos de la posición de las escuelas frente a los desafíos provocados por la necesidad de salud, el agravamiento del cuadro social, y el desarrollo de nuevos conocimientos, tecnologías y procesos"*. Expresan *"un compromiso de orientar la formulación de un nuevo paradigma que revalorice la salud contemplando sus aspectos biológicos y sociales, para la construcción de un desarrollo humano sustentable y comprometido con las próximas generaciones"*. Convocan a *"la implementación de las transformaciones necesarias que aseguren una formación médica de la más elevada calidad en términos técnicos y de relevancia social y una posterior incorporación a modelos asistenciales humanizados y equitativos"*. Demandan la ***"movilización de la Universidad para, a partir de una concepción ética de la vida, poder cumplir con el nuevo contrato social que reconstruya las bases solidarias del ejercicio profesional y reduzca las diferencias sociales favoreciendo la cobertura universal y justicia social"***.

La propuesta universitaria debe tener como referente central –en esta cuestión como en cualquier otra– el compromiso radical con la sociedad y los aportes que pudiera realizar a los cambios que permitan elevar las condiciones y la calidad de vida del conjunto de la población. Este postulado básico debe asegurarse cultivando a fondo la libertad de cátedra y la autonomía institucional. La autonomía referida a cualquier factor de sesgo sectorial: estatal, partidario, corporativo, empresarial, etcétera; con cualquier sector debe establecer la mayor interacción de que sea capaz, pero la calidad universitaria debe incluir en primer lugar la capacidad crítica y autocrítica, ingredientes propios de su creatividad y pertinencia³².

Referencias bibliográficas

1. **Casarotti H.** Educación Medica Continua en Psiquiatría. Revista de Psiquiatría del Uruguay. Vol. 66, N° 2; 2001.
2. **Conclusiones del Encuentro del Sindicato Médico del Uruguay.** Solís, agosto 1999.
3. **Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental.** Alto Comisionado de ONU para los Derechos Humanos; Asamblea General de ONU, 17 de diciembre de 1991.
4. **Arduino M, Porciúncula H y Ginés AM.** La Reforma Psiquiátrica en Emilia Romagna y el Programa Nacional de Salud Mental en Uruguay. Revista de Psiquiatría del Uruguay, Vol 64, N° 2: 302-316; agosto, 2000.
5. **Ginés AM.** Hacia una renovación permanente de nuestra joven y centenaria psiquiatría. Rev. de Psiquiatría del Uruguay. Vol 63 N° 1:27-43; agosto 1999.
6. **Programa Nacional de Salud Mental.** Ministerio de Salud Pública, 1986.
7. **Arduino M, Cáceres D y Grases E.** Colonias Bernardo Etchepare y Santín Carlos Rossi: su evolución entre los años 1912 y 1992. Rev. de Psiquiatría del Uruguay. Año LVIII; N° 328:10-22;1994.
8. **Arduino M, Cáceres D y Grases E.** Aspectos histórico-estadísticos acerca de los pacientes esquizofrénicos internados en las Colonias Bernardo Etchepare y Santín Carlos Rossi en un período de 80 años. Rev. de Psiquiatría del Uruguay. Año LIX; N° 330:19-34;1995.
9. **Ginés AM.** Desarrollo y ocaso del asilo mental en el Uruguay. Revista de Psiquiatría del Uruguay, Vol. 62, N° 2:37-40; octubre 1998.
10. **Chanoit P.** Informe sobre la Salud Mental en el Uruguay. OPS-OMS, 1966.
11. **Murguía DL.** Evolución de la Asistencia Psiquiátrica. Revista de Psiquiatría del Uruguay, Año 48; N° 283:120-126,1983.
13. **Fernández A, Montado G, González JC, Perelman J, Palermo A y Ginés AM.** Psicoterapia psicoanalítica en el Hospital de Clínicas: cinco años de actividad. SPR, Mendoza, 1992. Mención Premio Soc. de Psiquiatría, 1993. En: La Neurosis Hoy, Com. de Publicaciones de APU: pp. 215-222. RB Ediciones; Montevideo, agosto 1993.
14. **Puerto L, Ginés AM, Perelman J, Ceroni C, Palermo A, Montado G, Gerpe C y Fernández B.** Investigación en un programa de psicoterapia psicoanalítica a nivel institucional. Primer Premio-Beca de Investigación Soc. de Psiquiatría - Lab. Rhone Poulenc-Rorer, 1993. Rev. de Psiquiatría del Uruguay N° 328:59-63,1993.
15. **Fernández B, Gerpe C, Montado G, Palermo A, Perelman J y Ginés AM.** Estudio sobre la persistencia de los efectos terapéuticos en un programa de psicoterapia psicoanalítica. En: Investigación en Psicoterapia. Procesos y Resultados. Investigaciones empíricas. Society for Psychotherapy Research, Cap. Latinoamericano. Editora de la Universidad Católica de Pelotas. Pelotas, 2000.
16. **Ginés AM, Ceroni C, Fernández B, Gerpe C, Montado G, Palermo A, Perelman J y Puerto L.** Desarrollo de una propuesta de investigación en psicoterapia. Segundo Encuentro de la Society for Psychotherapy Research, Capítulo Latinoamericano, Santiago de Chile, 1994. En: INVESTIGACIÓN EN PSICOTERAPIA. Procesos y Resultados. Investigaciones Empíricas 1993-1994. SPR. Cap. Latinoam. Corp. de Prom. Universitaria. Santiago de Chile, 1995.
17. **Ginés AM y Montado G.** El problema de la duración de las psicoterapias. En: PSICOTERAPIA FOCAL, Roca Viva Editorial; Montevideo, 1995, pp. 161-169.

18. **Porciúncula H y Wilhelm I.** Asistencia en Crisis psiquiátricas (ACRI). Primer Premio Sociedad de Psiquiatría del Uruguay 1997.
19. **Palleiro E.** Alternativas técnicas y consideraciones psicopatológicas en la psicosis. Primer Premio Sociedad de Psiquiatría, 1995.
20. **Sackett DL, Brian Haynes R, Guyatt G y Tugwell P.** Epidemiología Clínica (Segunda Edición). Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires, 1994.
21. **Dajas F.** Alta tasa de suicidio en Uruguay, IV. Rev. Med. Uruguay, abril 2001; Vol. 17 N°1:24-32.
22. **González Rea JC.** Estudio epidemiológico de las muertes violentas en el Uruguay. Período 1963-1989. Monografía de Pos Grado. Clínica Psiquiátrica, Escuela de Graduados de la Fac. de Medicina, nov. 1991.
23. **Lucero Abreu RK.** Suicidios en el Uruguay: su relación con la economía nacional (1972 a 1992). Rev. Med. Uruguay 1998; Vol. 14 N° 3:236-247.
24. **Problemas Vinculados al Consumo de Sustancias Adictivas y Aspectos Conexos (Tomo 1 y 2).** Curso Internacional para Graduados y Docentes Universitarios. Presidencia de la República, Junta Nacional de Drogas, Universidad de la República, Servicio Central de Bienestar Universitario. Imp. Nemgraf, 1998.
25. **Lasch C.** The Culture of Narcissism. Warner Books; New York, 1979.
26. **Lipovetsky G.** La Era del Vacío. Editorial Anagrama. Barcelona, 1986.
27. **Resolución del Consejo de la Facultad de Medicina;** Actas del Consejo, Facultad de Medicina; 29 de mayo de 2001.
28. **Educación Médica Continua y Educación Médica Permanente.** Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina. Ediciones Multiplicidades; Mayo- Junio, 1999. Montevideo.
29. **Educación Médica Continua.** Documento de Información N° 1. Facultad de Medicina- Escuela de Graduados. Abril de 2001. Archivos de Facultad de Medicina y Escuela de Graduados.
30. **Petrucelli D.** Desarrollo Profesional Médico Continuo: acreditación y recertificación. Boletín SPU, junio 2001.
31. **Declaración de Uruguay.** Encuentro Continental de Educación Médica, organizado por ALAFEM y FEPAFEM. Punta del Este, 1994.
32. **Ginés AM.** La Clínica Psiquiátrica universitaria: un compromiso con la población por el camino de la calificación permanente. Rev. Urug. de Psicoanálisis. N° 84/85:239-272, mayo 1997.