

Resumen

La Educación Médica Continua (EMC) en Psiquiatría, como proceso voluntario de autoeducación individual y que debe ser encarado por los psiquiatras como grupo profesional, ha sido realizada hasta ahora sin un plan coordinador y sin haber acordado en el modelo que una praxis asistencial responsable exige.

El psiquiatra, para continuar educándose, dado el carácter artesanal de su especialidad, debe estar al día con la evolución del conocimiento pero especialmente transformar su capacidad asistencial.

En la relación paciente/psiquiatra, objetivo primario de la EMC, para que las fuerzas que se entrecruzan, provenientes de diferentes grupos de actividad psiquiátrica (asistenciales, docentes y gremiales), operen de modo equilibrado es necesaria la creación del "espacio de asociación" de los psiquiatras. Espacio donde la experiencia clínica sea la que determine la autoformación, donde las actividades de EMC se planifiquen y se controlen y donde se acuerden los criterios de acreditación de las instituciones.

Señalando los riesgos para la EMC de la fragmentación en sociedades y capítulos basados en modelos parciales, se analiza la incidencia de diversas cuestiones: responsabilidad profesional, atención psiquiátrica gerenciada, liderazgo dentro del equipo asistencial, subespecialización, control de los costos, problemática laboral, competencia con otros profesionales, industria farmacéutica, medios de difusión, etcétera.

Palabras clave

Educación médica continua
Relación paciente/psiquiatra
Asociación profesional

Summary

Continuing Medical Education (CME) in psychiatry is a voluntary process of individual self-education, which has to be faced by psychiatrists as a professional group. So far, CME has been performed without a coordinated and programmed plan. It has also been conducted without a previous agreement about the model that any responsible praxis demands.

In order to pursue his/her education, and due to the craftsman-like feature of this medical specialty, the psychiatrist needs to update his/her knowledge, and specially to transform his/her assistance capacity furthermore.

A psychiatrists' "association group" is required to promote the balanced operation of crossed forces coming from different groups of psychiatric activity (assistance, educational and unions). In this association group, clinical experience should be the most relevant determinant of psychiatrist's self-education, and planned and controlled CME activities should take place. The association group should also agree on the criteria of accreditation for institutions involved in the CME.

By pointing out the risks for CME of a potential fragmentation into societies and chapters based on partial models, the incidence of diverse issues, such as professional responsibility, managed psychiatrist attention, leadership within the assistance team, subspecialty, costs control, labor related problems, competition among professionals, pharmaceuticals industry, mass media, etc., are analyzed.

Key words

Continuing medical education
Patient/psychiatrist relationship
Professional group

Autor

Humberto Casarotti

Médico psiquiatra, neurólogo y legista. Centro de Estudios e Investigación en Psiquiatría Henri Ey.

Presidente Berro 2531.

E-mail:

hcasaro@adinet.com.uy

* Exposición realizada en las XXVII Jornadas de API: "Psiquiatría: puentes y nexos en el nuevo milenio" (Punta del Este, 19-20 de noviembre 1999).

Introducción

El objetivo de esta exposición es reflexionar sobre la naturaleza de la Educación Médica Continua (EMC) en psiquiatría. Un antecedente de este trabajo fue la presentación en el Centro de Estudios e Investigación en Psiquiatría Henri Ey (CEIP) de un programa de recertificación¹ donde se especificaban sus características, el modo de realizarlo, los tipos de créditos, etcétera.

I. Educación médica continua en psiquiatría

¿Qué es para un psiquiatra la EMC? Es un proceso voluntario, opcional de autoeducación por el cual el psiquiatra busca no sólo estar al día en los conocimientos, sino, y fundamentalmente, modificar su práctica diagnóstica y terapéutica de acuerdo con la evolución de la especialidad.

Para cada psiquiatra “continuar educándose psiquiátricamente” teniendo ya años de experiencia clínica, es un proceso de cambio paulatino, por medio del cual apunta a mejorar el nivel que logró cuando obtuvo el certificado de especialista.

Este proceso de cambio no debería ser obligatorio² sino opcional, porque requiere la voluntad de “continuar educándose”, aunque la “recertificación” debería ser una condición importante en la vida del psiquiatra, que “pesase” en su carrera profesional (por ejemplo, al disputar cargos asistenciales, docentes, etc.). En Uruguay se tiende a considerar a este proceso de EMC como obligatorio, colocando su responsabilidad en manos de una “instancia” que “sabrán qué hacer y cuándo y cómo hacerlo”. En realidad, el proceso de EMC empieza en el momento en que cada psiquiatra en su “carrera” profesional, entendiendo que debe continuar formándose, decide llevar adelante esa opción en conjunto con sus pares. Es en esto que la EMC es también una experiencia relevante para la institución psiquiátrica como grupo profesional. El no sentir que este proyecto es responsabilidad directa de cada psiquiatra y pensar, en cambio, que es responsabilidad de “otros” que le van a

indicar el camino de la ortodoxia psiquiátrica, es un ejemplo de lo que A. Peyrefitte³ denominó “el mal latino” cuando analiza “las enfermedades político-económico-culturales” de las sociedades latinas.

Cada psiquiatra cuando continúa su educación psiquiátrica aporta individualmente sus necesidades, intereses y su propia experiencia, y agrupándose organiza el modo de ponerse al día y de mejorar su estándar clínico. En un organismo sano no existe una instancia superior determinante de su salud, sino que la salud es la organización corporal equilibrada. Con relación a la EMC, y en psiquiatría aun más que en otras ramas de la actividad médica, sucede lo mismo que en el organismo. En consecuencia, progresivamente se percibe que la organización y el control de la formación continua debe estar en manos de los psiquiatras agrupados, contando con el aporte de las otras organizaciones que los psiquiatras conforman: las diferentes sociedades científicas, la universidad, los grupos de docencia, los sindicatos, los sistemas de asistencia psiquiátrica, etc. En un proceso voluntario de “continuar educándose” en beneficio de los pacientes.

Este “en beneficio de los pacientes” no es una afirmación banal cuando se toma en cuenta el estado de la psiquiatría en el medio, donde se ponen de manifiesto carencias importantes en la continuidad de la asistencia, por ejemplo, la falta de continuidad en la atención que se da en los servicios docentes. Lo asistencial es una exigencia de la formación y el seguimiento continuado de los pacientes una condición sine qua non del aprendizaje psiquiátrico, tanto por la evolutividad de los trastornos mentales como para poder obtener resultados epidemiológicos longitudinales.

En general lo que en Uruguay se ha hecho en EMC en psiquiatría ha sido ofrecer un “ponerse al día” en información, realizado por diferentes grupos psiquiátricos de modo abundante pero con cierto desorden y falta de coordinación.

Como grupo ha faltado poner en claro un modelo de psiquiatra que haga posible la realización de objetivos de fondo, por ejemplo: a) lograr cambios en las prácticas diagnósticas y terapéuticas teniendo en cuenta que la terapéutica en psiquiatría, más que en otras

ramas de la medicina, apunta también a los grupos poblacionales, y que se integra con la prevención primaria, secundaria y terciaria; b) acordar más en los aspectos subyacentes a los problemas de organización y de gestión de los sistemas de atención psiquiátrica; y c) discutir con más claridad los problemas de responsabilidad profesional, distinguiendo y no mezclando, como sucede habitualmente, los problemas éticos con los de responsabilidad profesional.

¿Cómo ha sido la EMC en la vida profesional de cada psiquiatra? Antes de considerar esto, es conveniente distinguir dos sentidos en la palabra “carrera”.

En el ámbito latino con la palabra “carrera” se hace referencia al período de formación del médico o del especialista, es decir, al tiempo en el que el estudiante de pregrado se está preparando para una praxis profesional que va a desarrollar después de graduarse. Y si bien en esta etapa quien se está formando debe ser muy activo, también se mueve dentro de los límites que le determinan los planes de estudio de su facultad. Planes que son inseparables del objetivo primario de formación y de la política universitaria que es decidida por sus órdenes integrantes: estudiantil, profesional y docente.

En el medio sajón, en cambio, la palabra “carrera” se aplica a los desarrollos profesionales que cada uno logra después de que se ha graduado. Cuando se habla de educación médica continua se hace referencia a esta etapa de la vida del psiquiatra que está “en carrera profesional” y no al período de formación como médico o como psiquiatra. Y en esta “carrera”, tanto los objetivos que lo impulsen como lo que finalmente logre de formación, va a depender, primariamente, de su interés y de su esfuerzo. Gran parte de este esfuerzo va a ser determinar junto a sus colegas cuáles deben ser los objetivos a los que debe dedicar su tiempo, ya que estos objetivos no son solamente los de “formarse para asistir” sino en base a su experiencia y a la evolución teórica y práctica de la psiquiatría mejorar progresivamente su praxis cotidiana.

En el caso de los médicos y especialmente de los psiquiatras, esta “carrera” está centrada

en el desarrollo progresivo de la relación paciente/psiquiatra. De esa relación con los pacientes psiquiátricos cada técnico obtiene una experiencia insustituible, y al constituir grupos de colegas, se descubren necesidades, intereses y deberes comunes. Es decir, al construir un grupo profesional se hace posible proyectar la autoformación de la “educación continua” buscando los medios para llevarla a cabo y para autocontrolar técnica y éticamente la gestión profesional.

En este sentido, el grupo de psiquiatras en tanto profesionales, no es simplemente un Colegio como puede serlo, por ejemplo, el Colegio de Abogados, porque la psiquiatría es esencialmente una profesión artesanal⁴ donde el psiquiatra se transforma en psiquiatra por medio de su práctica después de que se ha graduado, siendo esta transformación a lo que debe apuntar su “re-certificación” o EMC. La profesión artesanal que es la psiquiatría inicia su desarrollo en la fase de “hacer carrera”; se va organizando simultáneamente en dos niveles, uno asistencial y otro de prevención. Donde la prevención no es sólo de tipo terciario o de rehabilitación sino también primaria específica al recordar, por ejemplo, el control del hipotiroidismo, la eliminación de hecho de la sífilis, etc. La generación de los 60 no conoció el cretinismo hipotiroideo y la de los 80 seguramente no debió asistir a pacientes con “parálisis general”.

II. Relación diagnóstica y terapéutica entre paciente/psiquiatra. Importancia y fuerzas que actúan sobre esa relación: sistemas de atención, docencia, problemática laboral, desarrollo en neurociencias y en psicopatología, industria farmacéutica, etcétera.

El eje y objetivo primario de la EMC en psiquiatría es la relación paciente/psiquiatra, es decir, lo que cada psiquiatra hace en su trabajo asistencial diario. Este aspecto de la relación paciente/psiquiatra es el que originó dentro de la medicina a la psiquiatría como especialidad y el que le da sus características “especiales”. La psiquiatría existe porque la realidad de las cosas impuso e impone a los

médicos la necesidad de tener con relación a los “enfermos mentales” conductas asistenciales específicas⁵.

La psiquiatría no es una especialidad de la medicina como lo son la cardiología o la gastroenterología, que son especialidades de aparatos u órganos, de cuya totalidad se ocupa la “medicina general”. La psiquiatría es una especialidad porque las afecciones mentales, que son muy frecuentes, exigen de modo impostergable para su diagnóstico y para su tratamiento, organizar alrededor de la relación paciente/psiquiatra un sistema “especial” de atención. Es esa exigencia la que ha ido pautando el desarrollo de un sistema asistencial complejo y diferente al del resto de la medicina. Sistema que en su evolución actual ha determinado que el hospital psiquiátrico haya dejado de ser el centro de la organización para pasar a ser cada vez más “accidental” en la asistencia del paciente mental. Relación paciente/psiquiatra de la que depende poder hacer el diagnóstico, es decir, diferenciar las estructuras de enfermedad mental de las de la salud mental⁶.

Esta distinción de estructuras mentales, objetivo primario y fundamento de todas las acciones médicas, se plantea, por ejemplo, cuando el técnico debe afirmar si el maltrato infantil es o no un trastorno psiquiátrico. Esta es una cuestión que sin duda debe ser considerada en los medios psiquiátricos, porque es un sufrimiento complejo en su génesis y mantenimiento y porque es traído a la consulta, pero en la mayor parte de los casos, sin embargo, la situación de un niño maltratado, a pesar de ser motivo de consulta, no constituye propiamente un trastorno mental (y de ese modo debe ser codificado en las historias clínicas).

Especialidad de la medicina muy “especial”, ya que, además de hacer lo mismo que en otras ramas de la medicina (diagnosticar por medio del análisis de los síntomas del proceso de enfermedad presente y decidir qué tratamiento es el más adecuado), el psiquiatra siempre refiere cada uno de sus actos con relación al grado de libertad, de autonomía que tiene su paciente. Porque de esa evaluación, es decir, de la relación entre la “heteronomía” (que la enfermedad provoca) y la autonomía

de la que aún es capaz el sujeto, dependerá el plan terapéutico final.

Al referirse a la psiquiatría en la niñez se señala frecuentemente la necesidad de precisar la identidad del psiquiatra respecto a la de los psicólogos. Es precisamente en el campo de la psiquiatría, área de la patología que es “médica” y “psicológica” (no de “psicología médica”), donde es necesario contrastar permanentemente la identidad de los psiquiatras con lo que hacen técnicos de otras psicologías dentro de la medicina (“psicología médica”, “medicina psicosomática”, “neuropsicología”, etc.). Si los psiquiatras de niños tienen que defender su derecho a tratar a sus pacientes “psicológicamente” con relación a estos otros técnicos en psicología, entonces es necesario precisar cuál es la función psicológica de los psiquiatras dentro del equipo asistencial de los pacientes niños.

La relación médico/paciente es la estructura nuclear de la práctica médica, práctica que, en el caso de la psiquiatría, constituye el área de entrecruzamiento de fuerzas provenientes de diferentes grupos “naturales” de acción psiquiátrica. En primer lugar, de los grupos organizados para cumplir con la asistencia, así como de las instituciones que estructuran y gestionan su desarrollo, inseparable de las decisiones administrativas y políticas del Ministerio de Salud Pública (MSP). En este “espacio asistencial”, llama la atención que solo se tome en cuenta la población que se asiste en el sistema público al reflexionar, por ejemplo, sobre la evolución de la asistencia pública, sobre modificaciones a la ley de asistencia de los pacientes psiquiátricos, etc. A pesar de que más de la mitad de la atención es llevada a cabo en las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) y en el ámbito privado, esa mayoría no es abarcada. Lo mismo sucede con relación a la atención psiquiátrica en los sistemas donde la asistencia es racionalizada (gerenciada) introduciendo entre técnico y paciente un revisor externo. Los pro y los contra de este tipo de organización asistencial han quedado, hasta ahora, fuera de la reflexión de la Sociedad de Psiquiatría, a pesar de los complejos problemas que plantea.

En segundo lugar, otra de las fuerzas poderosas que operan en la práctica es la de

la docencia en EMC. Esta docencia ha sido cubierta, mayoritariamente, como respuesta a las necesidades que iban surgiendo, por diferentes asociaciones de psiquiatras y por grupos privados. Este espacio requiere estar en permanente alerta respecto al desarrollo de la psiquiatría, en especial a la evolución en el diagnóstico, al incremento en las posibilidades terapéuticas y a los aportes de las neurociencias. Nuevo saber que genera la necesidad de cambios de actitud, pero sin perder una relación psiquiatra/paciente equilibrada, que es más que la aplicación de un saber o de una técnica psicoterapéutica o farmacológica. El logro de este equilibrio en la relación asistencial va a depender de la solución que se dé en el futuro inmediato a la disyuntiva: ¿psiquiatras generalistas o psiquiatras subespecialistas?

En tercer lugar, la actividad gremial con la que se busca atender la problemática laboral y existencial del psiquiatra. La posibilidad de cumplir con el trabajo asistencial obliga a respetar las exigencias de espacio y tiempo de una buena relación psiquiatra/paciente, en beneficio de ambos.

Estos distintos grupos que apuntan a cubrir diferentes objetivos, necesitan retroalimentarse de la experiencia psiquiátrica “artesanal” que sólo puede ser proporcionada por la actividad de los médicos prácticos (de los practitioners, dirían los norteamericanos). Esta experiencia clínica debe ser necesariamente tenida en cuenta para poder equilibrar las fuerzas que actúan sobre ella (del MSP, de los servicios docentes y de los gremios). La experiencia del clínico responsable directo de la atención es el instrumento que puede controlar la objetividad de las decisiones que se toman en esos diferentes “espacios”. Sin duda que hoy, por ejemplo, se está de acuerdo en que los costos de los servicios deben ser considerados, y que el equilibrio económico es inseparable del manejo concreto de la asistencia psiquiátrica. Pero, y en esto no todos los psiquiatras están tan de acuerdo, ese equilibrio económico debe considerar seriamente las exigencias que nacen de la asistencia real, sin malgastar, pero tampoco sin retacear los bienes y servicios. Una consideración semejante debe hacerse respecto a cuáles deberían ser los programas educacionales para lograr mejorar la práctica asistencial, y cuáles los aspectos gremiales

a trabajar. De ese modo, la sociedad de los psiquiatras podría defenderse de la posibilidad de ser instrumentado por grupos que, actuando corporativamente, ejerciesen presiones desmedidas sobre el resto de los colegas. Todas esas consideraciones llevan a una misma conclusión: para que las cosas sean realmente equilibradas, cada uno de estos espacios naturales debe ser retroalimentado por la experiencia de los psiquiatras prácticos.

Es aquí donde se hace necesario otro espacio que permita responder a las experiencias especiales que la psiquiatría genera. Este otro espacio podría ser denominado el “espacio societario”. Un espacio semejante pero no idéntico al de las otras sociedades médicas, en el cual cada uno lleve su experiencia clínica con todo lo que esa experiencia implica (cf III).

Además de las fuerzas de los grupos referidos existen otras que, operando en la práctica cotidiana, también formatean de alguna manera la relación médico/paciente en psiquiatría.

1. La presión que significa la posibilidad de ser demandado por responsabilidad profesional, presión que pesa progresivamente en la cotidianidad del trabajo psiquiátrico, con el riesgo inherente de generar lo que se llama una medicina “defensiva”. En estas circunstancias, se requiere de modo relevante la contribución del psiquiatra práctico que ayude a distinguir las cuestiones de responsabilidad profesional de los problemas éticos.

2. La realidad de la industria farmacéutica y lo que implica su relación con los psiquiatras. Por un lado, es un hecho que la casi totalidad de las actividades de EMC ha sido posible gracias al apoyo de la industria farmacéutica. Por otro, es evidente que esta industria no puede obviar que, por sus legítimos intereses, apunte a que los psiquiatras retroalimenten positivamente sus objetivos comerciales. Y también por medio de esta relación la industria farmacéutica se va beneficiando positivamente del aporte que hacen los psiquiatras en cuanto a la real eficacia de un fármaco.

3. La importancia y el significado de los medios de masa (y el de todos los modos de difusión de conocimiento), todo lo cual configura una fuerza que opera fuertemente sobre la

práctica, a veces de manera positiva y otras veces complicando la actividad profesional (por la diferencia que existe entre disponer de información médica y la utilización que de ese saber hacen los profesionales de la medicina).

III. Necesidad del espacio que genera la “asociación” de los psiquiatras (o espacio “societario”)

El espacio psiquiátrico denominado previamente como “espacio societario”, es el lugar donde los psiquiatras se agrupan para encarar diversos problemas, entre ellos el de su autoeducación continua.

Este espacio es el de las sociedades llamadas tradicionalmente “científicas”, aunque sus fines reales sobrepasen objetivos académicos. En Uruguay y para la psiquiatría de adultos está representado por dos sociedades: en Montevideo, la Sociedad de Psiquiatría (SPU) y en el Interior, la Asociación de Psiquiatras del Interior (API).

Progresivamente y en respuesta a objetivos específicos, se han ido creando otras sociedades (por ejemplo, Asociación Psicoanalítica del Uruguay, Asociación Uruguaya de Psicoterapia Psicoanalítica, Sociedad de Psiquiatría Biológica, Sociedad Uruguaya de Análisis y Modificación del Comportamiento, Sociedad de Psiquiatría Social, etc.) y se han generado “capítulos” dentro de la Sociedad de Psiquiatría. Todos estos desarrollos han sido y son positivos, aunque impliquen el riesgo de una fragmentación del campo psiquiátrico con consecuencias negativas.

En primer lugar, la pérdida de un espacio común donde los psiquiatras de orientaciones distintas puedan considerar aspectos nucleares de su profesión, por ejemplo, qué es lo que identifica la praxis psiquiátrica; cómo resolver las fuerzas que pesan sobre la relación psiquiatra/paciente; cómo recuperar el saber psicopatológico en la clínica actual; con qué concepto de enfermedad y salud mental y por consiguiente, con qué modelo de psiquiatría se trabaja, etc. Si los proyectos de EMC tienen realmente como objetivo la praxis psiquiátrica

diagnóstica y terapéutica, es claro que la consideración de estos problemas requiere un trabajo previo que permita acordar con qué criterios serán acreditadas las instituciones y las actividades de formación.

Por otra parte, el riesgo es mayor cuando estos aspectos del quehacer psiquiátrico son considerados por los diferentes grupos –como está sucediendo actualmente–; habitualmente esos análisis son llevados a cabo desde la óptica parcial del modelo que tiene cada sociedad o cada capítulo. Estas sociedades o capítulos que se esfuerzan por encarar su objetivo específico y por el que tienen su razón de existir, necesitan también lograr criterios unitarios que hagan posible una praxis responsable. Porque si cada una de estas asociaciones entendiese que su grupo “es la psiquiatría más verdadera”, se convertirían en una rémora en la evolución de la psiquiatría nacional, al buscar de ese modo perpetuar modelos psiquiátricos parciales que han sido superados por la evolución de la especialidad. La psiquiatría es heterogénea y el reconocimiento de esta heterogeneidad ha sido una conquista de las dos últimas décadas⁷, pero como rama médica específica se caracteriza por la unidad generada por la “especial” relación paciente/psiquiatra (y en consecuencia, y por lo que ésta determina en su organización asistencial y docente, en los problemas de responsabilidad profesional, etc.).

Por último, el desarrollo de múltiples sociedades y capítulos multiplica las actividades, dificultando integrar los esfuerzos, cosa que ha sucedido de modo reiterado. Un grupo facilitado por tal laboratorio trae a un profesor extranjero para hablar de esquizofrenia; otro, cubierto por otro laboratorio poco tiempo después hará lo mismo; situación que se repite luego con relación a los trastornos del humor o a los trastornos de personalidad, etc. Con lo cual se genera un ciclo difícil de cortar, donde todos se ven sobrecargados de actividades más allá de la posibilidad real de aprender. De esa manera, se corre el riesgo de que el sistema creado termine interfiriendo con el proceso mismo de EMC.

En consecuencia, el espacio de “asociación de los psiquiatras” aparece como el lugar natural y necesario para que los psiquiatras, agrupados

por fuera de las fuerzas que organizan a los otros grupos, puedan encarar los problemas específicos de la praxis asistencial. Así, por ejemplo, quien ocupa un cargo en el MSP (donde trabaja en un espacio determinado por fuerzas distintas), al reunirse como miembro de la sociedad podrá plantear su punto de vista de psiquiatra práctico, sin las limitaciones con las que tiene que contar cuando decide en el MSP. Lo mismo puede decirse respecto a los profesores en las Cátedras de Psiquiatría, que también van a tener las limitaciones que les exige su trabajo como docentes de la Universidad. Y está bien que esto sea así, porque las funciones en el MSP o en la Facultad de Medicina tienen objetivos precisos y, por consiguiente, exigencias determinadas, que no son idénticas a los objetivos que tienen los psiquiatras en la práctica cotidiana.

En cambio, trabajando por fuera de las fuerzas que organizan otros espacios grupales (asistenciales, docentes, gremiales, etc.), es decir, creando el espacio propio de la sociedad, es que se podrá considerar lo específico de la relación paciente/psiquiatra, que es lo que hace a la psiquiatría una verdadera profesión artesanal. Y haciéndolo retroalimentarán positivamente a los otros espacios, logrando de ese modo el equilibrio de las diferentes fuerzas. Equilibrio que es fundamental y que lo exige también el hecho de que el psiquiatra es en su práctica diaria el “blanco” final sobre el cual confluye lo que se decide en los otros espacios.

La importancia que tiene este “espacio societario” en el objetivo de percibir y de resolver los problemas que el psiquiatra encuentra en su práctica asistencial, se reconoce fácilmente en el siguiente ejemplo. Muchas veces el psiquiatra de los servicios públicos o de las IAMC se lamenta de las limitaciones que tiene en su trabajo, y fantasea con que eso no sucede en la asistencia privada o en la de los sistemas gerenciados^{8, 9, 10} (Summum, Medicina Personalizada, etc.). El encuentro de esos diferentes psiquiatras que trabajan en distintas condiciones asistenciales, les evidencia a todos que las cosas son más complejas. Que es verdad, por ejemplo, que el psiquiatra privado dispone de más tiempo para sus consultas, pero que también es verdad que en el ámbito privado no se cuenta con los servicios que

tienen los pacientes psicóticos crónicos del MSP, por ejemplo, el Centro Benito Menni (porque el 5-8% de la población que cubre aproximadamente la asistencia privada no siempre es de alto poder económico). Antes, aquellos pacientes psicóticos crónicos que por su condición económica alta podían pagar, salían del país a asistirse, desembolsando sumas exorbitantes, para lo que se les ofrecía como posibilidad de tratamiento. Hoy se empieza a tomar conciencia de que para cubrir técnicamente determinado tipo de servicios no se puede distinguir entre privado, mutual y público, y que una asistencia “up date” (por ejemplo, para psicóticos crónicos, para adictos) puede hacerse de modo adecuado sin tener que salir del país... en la medida en que se organicen en el Uruguay servicios de alta calidad técnica, es decir, que se tengan muchos “Benito Menni”, muchos “Sur-Palermo”. Además, qué sentido terapéutico real tiene en psiquiatría salir del país e ir a la Argentina o a Cuba durante 6-8 meses o más, separado de su familia y de su entorno de vida, cuando se insiste tanto en la importancia que tiene que el paciente continúe inserto “en su medio... mientras se trata”. Y especialmente cuando se sabe que formas de asistencia semejantes pueden ser llevadas a cabo dentro del país, aunque para lograrlo sea necesario lograr diversos acuerdos. Es como “medio” para esos acuerdos que existe el “espacio societario”.

IV. Relación entre el formato de la EMC y los cambios evolutivos de la psiquiatría

¿De qué modo estas fuerzas han formateado la EMC en psiquiatría a lo largo del tiempo? En este punto pueden reconocerse tres períodos: el primero hasta 1940, en que las terapéuticas se limitaban a algunas formas de psicoterapia y de socioterapia; el segundo entre 1940 y 1980, en que la psiquiatría ingresó a la terapéutica fundamentalmente biológica y progresivamente psicofarmacológica y, finalmente, de 1980 en adelante, en que la psiquiatría, un poco en todo el mundo, se abrió a encarar terapéuticamente a los pacientes psiquiátricos en su medio natural, es decir, fuera del marco médico tradicional del hospital y del consultorio.

Los psiquiatras deben ser los gestores de la EMC porque son quienes realizan la relación paciente/psiquiatra y porque en esta relación es donde confluyen las fuerzas de los distintos grupos y su evolución.

Reflexionando en un espacio “societario” abierto a la discusión deberían acordarse los contenidos y las formas de esa educación. Espacio abierto en el que cada uno, compitiendo con los demás, puede desarrollar libremente su carrera profesional contra toda forma de monopolio institucional. Este pasar a estructuras de relación paciente/psiquiatra más abiertas y a formas de educación cada vez más “democráticas” es algo que la evolución psiquiátrica exige y que debe ser rescatado de modo sistemático.

A) A lo largo de estos períodos, respecto a la relación médico/paciente se ha pasado de un tipo de relación paternalista orientada por un criterio de beneficencia, a formas determinadas cada vez más por el criterio de autonomía. Criterio cuya aplicación en los pacientes psiquiátricos, por estar afectados en su libertad, genera diversos problemas. Quienes realizan la asistencia concreta y vivencian cotidianamente la alteración del paciente en su autonomía, son quienes pueden resolver esos problemas. Porque la dimensión ética que constituye a la profesión psiquiátrica (profesión que es más que habilidades técnicas) es inseparable de la práctica asistencial¹¹.

Esta evolución ha determinado la necesidad de educarse éticamente para la actividad. Y en este campo, si bien los eticistas deben proporcionar el encuadre ético global, y deben educar en los criterios que regulan la praxis asistencial, no pueden sustituir a los psiquiatras a la hora de resolver las situaciones concretas, porque estas situaciones exigen estar en el campo asistencial. Exigen tener el conocimiento que sólo se logra con dificultad y con experiencia clínica de lo que es la pérdida de autonomía en los pacientes¹². Es un hecho reconocido actualmente que cuando los eticistas suplantán a los prácticos en sus decisiones morales, crece el riesgo de crear problemas nuevos en lugar de solucionar los existentes.

En la misma línea esta evolución ha ido demostrando que son los psiquiatras prácticos los que están en las mejores condiciones para

distinguir correctamente el área ética en la relación paciente/psiquiatra, del área de la responsabilidad profesional. Precisamente, por las características estructurales de la enfermedad mental y por lo que esto implica con relación a la “intencionalidad” y “voluntariedad” en los pacientes¹³.

En consecuencia, si son los psiquiatras quienes deben decidir y si son quienes están en mejores condiciones de distinguir entre acto no-ético y acto médico demandable, es claro entonces que la autoeducación continua en estas áreas tiene que nacer del “campo concreto”, contando naturalmente con los apoyos académicos necesarios.

B) Otro aspecto esencial a la práctica cotidiana, y de fundamental repercusión en los programas de EMC, es el que se refiere al campo de atención psiquiátrica. A cuáles son los motivos de consulta que forman parte del trabajo asistencial de los psiquiatras. En esto también ha habido evolución, ya que se ha pasado de atender exclusivamente a los trastornos mentales, a atender los problemas que generan las estructuras patológicas de personalidad, y progresivamente a “otros motivos de consulta que no son propiamente enfermedad mental”.

Este planteo hecho en un nivel académico es muy distinto al que se hacen los administradores de salud y los sistemas de organización asistencial (colectivizados, privados, etc., según su sustrato económico), cuando tienen que decidir qué es lo que están obligados a cubrir asistencialmente. ¿Deberán atender a estos otros motivos de consulta? y ¿podrán económicamente hacerlo? Poder concluir sobre este punto es inseparable de una reflexión sobre la experiencia asistencial cotidiana (¿qué y cuánto se debe tratar?, ¿qué posibilidad tiene el caso concreto de tratamiento o de rehabilitación?, etc.), así como de la consideración de factores no propiamente médicos (económicos, administrativos, políticos, etc.). En consecuencia, también respecto a la amplitud y formas de la atención, son los psiquiatras en sus diferentes lugares de trabajo quienes pueden aportar la información y los requerimientos de formación¹⁴.

En la misma línea están los desarrollos experimentados por el “sistema de atención”, a

propósito de los cuales se señalan dos aspectos que llevan también a la conclusión de que esa educación debe ser gestada en el espacio de la asociación de los psiquiatras. Primero, porque los “prácticos” no sólo son los efectores del sistema, sino que son, en gran medida y dependiendo de la forma en que se trabaje (sistema público, mutual, privado), los gestores del sistema. Y segundo, porque poder solucionar la carencia de los programas de “salud mental” de no haber integrado todas las formas de atención, pasa por hacer su análisis por fuera de las fuerzas políticas y económicas que estructuran dichos programas. Es decir, por hacerlo en el medio profesional, lo que ya constituya un proceso grupal de educación sanitaria.

Con relación al proceso de EMC se ha agregado actualmente el tener que reflexionar sobre un ítem nuevo: la aparición de los sistemas de prestación de atención que “compran” a los psiquiatras sus servicios. Estas formas de asistencia necesitan ser encaradas dentro del espacio societario para defender la especial relación médico/paciente que la enfermedad mental exige. Y esto por varias razones: a) porque esta “especial relación” a la que tienen derecho paciente y psiquiatra implica un tiempo que difícilmente puede acortarse, y porque ese tiempo determina en gran parte el costo de la atención; b) porque los psiquiatras deben ser quienes indiquen qué servicios tendrían que ser comprados, y no sólo prepararse para “vender” los servicios que los sistemas ofertan “comprar”; c) porque los psiquiatras deben definir en grupo un modelo de atención que sirva de regulador en las complejas situaciones posibles de responsabilidad y que sea una referencia que los apoye en sus decisiones técnicas (particularmente, cuando estas decisiones a pesar de ser correctas técnicamente, no son consideradas del mismo modo por quienes gerencian esas formas de atención; d) porque los psiquiatras como grupo deben establecer con objetividad qué límites debe tener su participación en estos sistemas, ya que éstos oscilan, por su propia estructura, entre una racionalización adecuada de los servicios psiquiátricos¹⁵ y un racionamiento drástico¹⁶.

C) La problemática laboral que no se planteó para los psiquiatras de la generación de los

60, ha pasado a ser en el momento actual un aspecto básico en la vida de todos los psiquiatras, determinando, por ejemplo, la necesidad de mejorar los estándares de formación para poder trabajar. En el presente laboral, tener que competir se ha vuelto un aspecto ineludible en la carrera profesional del psiquiatra.

D) Por otro lado, a lo largo de estas etapas la psiquiatría ha evolucionado en diversas áreas, por ejemplo, en psicopatología, con relación al diagnóstico, y especialmente en los aspectos terapéuticos. Partiendo de tratamientos dicotómicos (físicos o psíquicos) hemos llegado a una etapa donde los avances neurobiológicos así como los desarrollos en técnicas psicológicas posibilitan y exigen que el tratamiento sea “diferencial”. Estos avances y desarrollos llevan a la psiquiatría, igual que al resto de la medicina, a ser cada vez más una práctica “basada en la evidencia”. Pero al hacer esta afirmación hay que recordar que esta evidencia tiene grados: desde los estudios de doble ciego hasta los consensos de expertos. Y “expertos” en psiquiatría son precisamente los psiquiatras prácticos que tienen años de trabajar con pacientes que “son como son”, es decir, que se presentan habitualmente con problemas de nivel mental, abuso de sustancias, trastornos de personalidad, déficit cognitivos involutivos, efectos secundarios por la medicación, etc. Estas diferentes características son precisamente aquellas por las cuales dichos pacientes son excluidos de las muestras poblacionales en los estudios farmacológicos.

Es decir, la evolución técnica actual ofrece a los psiquiatras un arsenal terapéutico tan variado cuanti y cualitativamente, que más que nunca el qué hacer y el qué continuar aprendiendo es inseparable de lo que los prácticos reflexivos entiendan debe ser hecho. Porque ser psiquiatra es más que saber y más que aplicar una técnica, es trabajar a lo largo del tiempo para mejorar en cada paciente su cociente entre “disminución de libertad/autonomía”, que caracteriza a cada nivel psicopatológico¹⁷.

E) Otro componente en las fuerzas que han formateado la EMC es la industria farmacéutica, cuya importancia ha crecido logarítmicamente en estos últimos años hasta convertirse en lo

que hace materialmente posible la mayor parte de los programas de autoeducación.

En este crecimiento de la influencia de la industria farmacéutica es posible distinguir dos tipos de apoyo. Por un lado, el apoyo determinado por las necesidades de marketing de los laboratorios con relación a sus productos (ansiolíticos, antidepresivos, antipsicóticos, etc.) expresado en diferentes actividades: investigación clínica, stands en jornadas, simposios, congresos, etc.; lanzamiento de un producto; exposiciones sobre consensos de expertos; propaganda escrita de diverso tipo, etc. Y por otro, el apoyo que consiste en respaldar actividades que integran el programa de una sociedad o capítulo y que no tienen relación directa con productos farmacéuticos (jornadas y congresos, cursos con invitados locales o extranjeros, becas para congresos o viajes de estudio, publicaciones, etc.).

Con relación a este importante componente de la EMC, también aparece como imprescindible que el grupo psiquiátrico discuta en primer término cuáles son sus necesidades de formación y diseñe programas que abarquen períodos, por ejemplo, de 3-5 años, y que luego logre un acuerdo equilibrado de estas necesidades con los intereses de los laboratorios.

F) Otra de las fuerzas que se ha ido modificando es la que los prácticos perciben proviniendo de sus pacientes al ser influidos por la información que reciben en los “medios de difusión” y por “internet”. Estos factores, inexistentes en décadas anteriores, han pasado a ser muy importantes en el momento actual, convirtiéndose en una verdadera presión sobre la actividad cotidiana. Presión positiva o negativa, que depende en gran parte de los objetivos de los programas, de las publicaciones, de los periodistas y por supuesto de los invitados. Los medios de difusión, con el halo de cientificidad que hoy se les da casi automáticamente, configuran una forma de presión a la que es difícil individualmente sustraerse. Aunque los técnicos saben bien que la seriedad que tienen estos programas oscila entre ser de valor cuando los invitados proporcionan datos y reflexiones objetivas, y ser opiniones solo fantasiosas, incluso a veces “fantásticas”, cuando los participantes dicen cosas erróneas o disparatadas.

Parece conveniente dedicar atención al análisis de esta fuerza por dos razones. En primer lugar, porque la opinión pública que se va generando, aunque sea de poco peso técnico, termina en los hechos siendo considerada válida, y configurando, por consiguiente, un contexto inadecuado para las situaciones de reclamaciones por responsabilidad médica. Y en segundo lugar, porque en esta fuerza/presión se mezclan varios factores en conflicto: a) la necesidad de esta información como modo de incrementar el nivel de conocimiento público sobre las cuestiones psiquiátricas; b) esta información, por el contexto en que se lleva a cabo, es de objetividad y cientificidad variable; y c) es una forma de marketing profesional que forma parte lícita de las expectativas de muchas carreras personales. En este último aspecto, el grupo psiquiátrico debería generar una discusión que, tomando en cuenta estos diferentes factores, buscara consenso interno en los aspectos psiquiátricos que requieren unidad profesional, dejando en todo lo demás en total libertad de acción a sus miembros. Libertad de acción que para cada psiquiatra es inseparable de su capacidad y de su responsabilidad, y que la Sociedad de Psiquiatría no debería convertir en asuntos de ética profesional.

V. Influencia de estos cambios sobre diversas necesidades de los psiquiatras

Lo señalado previamente puede resumirse desde la perspectiva de la influencia que ejercen hoy día sobre las necesidades profesionales de los psiquiatras.

1) Los rápidos cambios que van sucediendo en el sistema de “salud mental” (diagnóstico, tratamiento diferencial, asistencia en el medio, etc.), han sido absorbidos con bastante facilidad por las generaciones de psiquiatras jóvenes, pero no por los de generaciones anteriores. Disponer de un programa acordado por todos permitiría, por un lado, poner al día las prácticas asistenciales para los psiquiatras mayores y, por otro, proporcionaría a los jóvenes la continuidad histórica que les permitiese recuperar valores como la psicopatología y analizar críticamente los cambios.

Un programa de EMC acordado de ese modo es necesario para evitar el riesgo que implica para el psiquiatra práctico la burocratización progresiva de los programas de atención en salud mental. El psiquiatra se ve con frecuencia restringido en su autonomía al ser suplantado en sus decisiones por técnicos administrativos (es decir, por técnicos que, aun siendo psiquiatras, trabajan en función administrativa). El psiquiatra, enfrentado a opciones asistenciales restringidas, se ve obligado a tener que decidir entre posibilidades limitadas, lo que agrega a su difícil trabajo cotidiano la preocupación de saber que, a pesar de esas restricciones, sus decisiones continúan siendo el “blanco” de posibles reclamaciones por responsabilidad profesional (malpraxis).

2) En la psiquiatría actual se hace evidente la tensión de mantener, al lado de una necesaria y progresiva subespecialización, el formato de psiquiatra generalista. Esta tensión vivida por cada psiquiatra debe equilibrarse para que el desarrollo de las subespecializaciones no termine, en la práctica, reduciendo su actividad a un papel puramente técnico, lo que significaría la desprofesionalización.

3) La necesidad de tener control de los costos asistenciales también es una exigencia de la evolución actual que requiere un acuerdo sobre qué psiquiatría se quiere hacer, exigencia que es inseparable de un modelo de enfermedad mental, de qué se debe tratar, de cómo y por cuánto tiempo, de cuáles aspectos de la prevención serán priorizados, etc. Un aspecto del control de los costos es el de las retribuciones profesionales que, para poder ser convertidas en reclamaciones sindicales objetivas, requieren fundamentarse en modelos que den unidad y fuerza a esos planteos. Y el lograr acordar en modelos que no sean más modelos parciales exige un espacio abierto de discusión.

4) La necesidad de ponerse de acuerdo en cuanto al manejo del conocimiento que, aunque crece progresivamente, tiene repercusiones distintas con relación a la práctica cotidiana. Los programas sobre qué aprender, qué y cómo modificar lo aprendido, etc., deben provenir primariamente de una interacción entre los resultados de la investigación y de

las exigencias de la práctica clínica; dos áreas que, por definición, no se solapan.

5) Una materia pendiente en el medio es discutir respecto a la competencia que hacen a los psiquiatras otros profesionales y respecto a cuál es la idoneidad que estos competidores tienen en el campo psiquiátrico. Discusión, sin duda, difícil, pero impostergable si se quiere realmente estructurar servicios y llevar adelante una EMC válida y no simplemente servir directa o indirectamente a los intereses de grupos corporativos. También esta discusión necesita de un medio adecuado como lo es la “asociación de los psiquiatras” para poder ser llevada a cabo con éxito.

6) Otro problema es la falta de consenso que se tiene respecto a cuestiones nucleares de la profesión, tales como qué es la salud y qué es la enfermedad mental, qué relevancia tiene el diagnóstico, cómo debe ser la formación de un psiquiatra y, posteriormente, su “recertificación”, cómo lograr un sistema que integre las estructuras públicas, colectivizadas y privadas, qué modelo de enfermedad mental debe estar sustentando todas las actuaciones legales así como los problemas de responsabilidad profesional, etc. En el medio se dan consensos que no analizan estos aspectos críticos y que generalmente son de carácter circunstancial y muchas veces de orden político.

Reconociendo y distinguiendo estos dos tipos de consenso puede entenderse las opiniones contradictorias que se escuchan respecto a la existencia de esos acuerdos en el medio. Una consideración objetiva de esas posiciones contradictorias permite concluir que muchas veces los acuerdos son solamente verbales y que sirven para negar la existencia de diferencias. Diferencias que muestran, y en particular en este momento evolutivo de la especialidad, que en realidad falta consenso y que es necesario que se logre acuerdos.

No un acuerdo en las teorías, que seguirán siendo diversas, sino el consenso con relación a las acciones necesarias: qué, cómo y cuánto hacer. Sólo logrados esos acuerdos las acciones psiquiátricas serán llevadas a cabo de modo equilibrado y no determinadas por grupos de psiquiatras o frenadas una y otra vez por falta de consenso teórico.

Consenso, por ejemplo, en la recuperación de áreas psiquiátricas donde el saber y la

praxis psiquiátrica son necesarios para el correspondiente diagnóstico y tratamiento. Áreas a propósito de las cuales no hay acuerdo entre los psiquiatras, y que quedan, por ello, fuera de los programas de formación aun cuando los pacientes de estas áreas van a ser parte de la responsabilidad profesional del psiquiatra cuando esté “en carrera”. Son fundamentalmente:

A) El área de las demencias, donde no sólo la asistencia, sino también los problemas generados por la afirmación o no de las condiciones de incapacidad, exigen formación clínica psiquiátrica y no solamente neuropsicológica.

B) El campo de abuso y adicción de alcohol/drogas, no sólo por las etapas de dependencia, ni tampoco por su comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, sino esencialmente para la continuidad de la atención (continuidad que no puede llevar a cabo, por ejemplo, una policlínica de un servicio de Toxicología).

C) Los complejos problemas psiquiátricos de la psiquiatría de enlace, que más que otras áreas psiquiátricas exige que allí trabajen los psiquiatras más avezados y con mayor experiencia. Área de interconsulta para la cual la formación en psicología médica es insuficiente.

La recuperación de estos campos de trabajo psiquiátrico, actualmente abandonados y en cierto modo “expropiados”, es una necesidad impostergable por dos razones. Primero, porque el saber psiquiátrico es necesario en la praxis diagnóstica y terapéutica de esos pacientes y también porque son una importante fuente de trabajo para los psiquiatras.

Consenso también en los temas de responsabilidad profesional. Este consenso es fundamental, toda vez que el objetivo de la psiquiatría y, por consiguiente, de las actividades profesionales que ese objetivo determina, ha necesitado tanto tiempo para conquistar el “estado de equilibrio” que ofrece actualmente. Si ese consenso, que exige revisar postulados teóricos, filosóficos, psiquiátricos y políticos, no se lograra, muchos psiquiatras pagarán tributo a esa falta de acuerdo en diversas situaciones. Por ejemplo, cuando un psiquiatra, a pesar de haber cumplido sus actos médicos de modo responsable, no pueda recurrir a un

grupo profesional que lo respalde técnica y éticamente en su actuación. Especialmente, si su actuación le fuese reprochada legalmente sobre postulados no psiquiátricos (por ejemplo, en casos de tratamiento involuntario, de hospitalización compulsiva, etc.). Porque esos postulados con frecuencia son anti-psiquiátricos al fundamentarse en la idea de la irrealidad de la enfermedad mental y, por lo mismo, como lo señalaba H. Ey son, “ante-psiquiátricos”¹⁸ dado que con ellos se vuelve a formas de pensamiento mágico, anteriores al nacimiento de la psiquiatría.

En segundo lugar, consenso con relación a la docencia en el sentido de que hoy día, más allá de la libertad de cátedra, es necesario que la docencia en los aspectos diagnósticos y terapéuticos no sea contradictoria. Porque una cosa es la variedad de planteos docentes en el ámbito académico, que es una riqueza con relación a sus objetivos, y otra la docencia que apunta a las acciones prácticas asistenciales, tanto en la etapa de formación como en la de re-certificación.

Este consenso de una docencia que no sea contradictoria es finalmente necesario con relación a los ámbitos asistenciales. Consenso que siempre debería ser revisado dado lo difícil que ha sido y es poder mantener a la psiquiatría dentro de su especificidad. Siempre están presentes las presiones antipsiquiátricas que fragmentan y a veces pulverizan a la psiquiatría. Un ejemplo de este tipo de planteo antipsiquiátrico, en este caso de filiación ideológico-política, con sus efectos nefastos, se evidenció en la evolución de la psiquiatría donde se pasó de afirmar dogmáticamente y durante años que “la enfermedad mental no existía”, a decir actualmente que “la enfermedad mental es un hecho objetivo”. Claro que, mientras eso sucedía, en Italia los psiquiatras prácticos y conocedores de la realidad de las enfermedades mentales, veían esta experiencia con tristeza, como algo “ya visto” en otros países y lamentando por adelantado las previsibles consecuencias negativas que de hecho provocó¹⁹. Es decir, es preciso lograr consenso en el ámbito de los psiquiatras prácticos porque, sólo de ese modo, viviendo las exigencias reales que genera la enfermedad mental, es que puede desarrollarse un saber y establecerse reglas de atención que sean un frente sólido a

esos planteos antipsiquiátricos. Planteos que sólo una práctica reflexiva puede reorientar adecuadamente.

VI. Algunos objetivos del proceso de EMC

Considerando brevemente algunos objetivos “marco” del proceso de EMC y debido a las complejidades en que la práctica psiquiátrica tiene lugar, hay que destacar qué habilidades deben desarrollar actualmente los psiquiatras²⁰.

- Lograr estilos de pensamiento científico, lo que cada vez es más necesario, tanto del punto de vista psicopatológico como neurocientífico. Los avances actuales no pueden ser manejados si no se opera mediante modos que posibiliten el manejo equilibrado de la enorme cantidad de información disponible. Y en psiquiatría decir método científico no implica sólo la aplicación a nuestra área de métodos matemáticos, sino también de modos de aproximación que puedan abarcar realmente las características subjetivas de los fenómenos psicopatológicos.

- Desarrollar en los psiquiatras su capacidad de liderazgo dentro del equipo asistencial. La posición del psiquiatra en el equipo es y debe ser la de líder del grupo. Tanto porque es quien puede coordinar las diferentes decisiones a tomar como porque es quien tiene la responsabilidad última de las acciones que se lleven a cabo.

No se refiere solamente a la posibilidad de ser responsabilizado por “malpraxis”, sino a la responsabilidad de ser los psiquiatras quienes saben sobre el handicap que determinan las enfermedades mentales. Y saberlo hace a los psiquiatras testaferreros de los pacientes que los consultan, lo que significa ser de algún modo responsable de lo que se hace asistencialmente y especialmente de lo que no se hace. A. Stone, profesor de psiquiatría y ley en Harvard ha afirmado²¹ que en EE.UU. ha ocurrido algo muy curioso: “reformamos la asistencia y modificamos la legislación de tal manera que hemos hecho posible que ahora un paciente quede en la calle sin que nadie aparezca como el responsable. El que nadie sea responsable porque nadie tiene que tomar esa decisión, es

algo a lo que hemos llegado porque el sistema en el que nos movemos facilita el que no se tome ninguna decisión, ya sea porque el técnico puede legalmente no tomar ninguna, ya sea porque un juez directamente se lo impide”.

- Promover en el psiquiatra práctico la capacidad docente que nace de la experiencia asistencial concreta y de todas sus exigencias requiere considerar la realidad de cada paciente con sus posibilidades y limitaciones, el medio familiar y social en que se mueve, etc. Por eso H. Ey defendió siempre el derecho a enseñar de aquellos médicos que son los que realizan la atención psiquiátrica²².

Al ser la labor central la asistencia, dichas tareas “con pacientes” deben ser utilizadas cada vez más para re-aprender activamente. Y ese aprendizaje debe ser determinado primordialmente por los psiquiatras mismos en su actividad diaria (interconsultas, ateneos clínicos, etc.), sin esperar hacerlo exclusivamente en cursos, jornadas o congresos.

Actualmente, algunos de los ítems más relevantes a profundizar en este análisis de casos concretos son: a) el procesamiento de la interconsulta y el de la derivación, b) el estudio de los procesos familiares que operan tanto en la génesis como en el mantenimiento de las dificultades, c) los modos de desarrollo de la personalidad, por la relevancia que tienen en el tratamiento, y porque se constituyen como parte esencial de la psiquiatría del futuro.

VII. Conclusiones

A modo de conclusión e insistiendo acerca de las características que debería tener el proceso de EMC, se refieren algunos de los aspectos señalados en un referéndum de la Asociación Psiquiátrica Americana en 1978 (cf 2).

Debería ser:

- Un proceso voluntario.
- Que cada psiquiatra llevase a cabo cada 6-10 años.

- En forma de un programa de certificación continuo por el que se fueran logrando créditos de diferente valor.

- Con programas que destacasen la inclusión de formas de autoevaluación así como de demostración de trabajo clínico individual o grupal.

- Llevado a cabo por la propia asociación de psiquiatras, con oposición a un control externo de la evaluación.

En consecuencia, son los psiquiatras como orden profesional quienes deben tomar en sus manos ese proceso de EMC.

La EMC no puede depender de la enseñanza universitaria, ni en los programas de estudio, ni en el control de su realización, por tres razones:

- Porque la propia formación básica para acceder al certificado de especialista en psiquiatría en el Uruguay, nunca fue el resultado exclusivo de la enseñanza universitaria (entre otras cosas, en psicoterapia, por ejemplo), sino que siempre necesitó ser complementada por la docencia de psiquiatras prácticos de fuera de la universidad. Sin embargo, cuando se afirma que “es indiscutible” que la EMC debe ser responsabilidad de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina o de un eje formado por la Facultad de Medicina y el MSP (en su proposición y en su control), se está sosteniendo contra esta comprobación que tanto la Escuela como el MSP tienen la capacidad de hacerlo. Cosa diferente a decir que estas estructuras integren sus fuerzas en la EMC, que los psiquiatras que cumplen con la asistencia entienden deben proponerse lograr. Es apuntar a la madurez y autonomía de los psiquiatras uruguayos, proceder como en el resto del mundo, donde la EMC no está en las manos sino de los técnicos agrupados en sus sociedades. Es una oportunidad que se tiene de quebrar el “mal latino”.

- Porque en realidad la EMC exige una capacidad que excede las posibilidades de servicios cuyos objetivos son primariamente docentes. Porque la enseñanza universitaria está necesariamente limitada por sus planes de estudio (orientados a preparar a quienes

luego deben convertirse en profesionales) y, además, porque estos planes son indisolubles de la política universitaria que orienta nuestra casa de estudio.

- La tercera y más importante, porque la autoeducación continua debe ser gestada y controlada por el cuerpo profesional en medio del espacio “societario” que, si bien es un espacio sometido a diversas fuerzas, también es el espacio que los psiquiatras crean para pensar los problemas propios de la práctica cotidiana, libres de las presiones que suponen las obligaciones y necesidades asistenciales, docentes y gremiales.

Referencias bibliográficas

1. **Casarotti H.** Proyecto de Educación Médica Continua en Psiquiatría (sin publicar), 1994.
2. **Shore JH.** The evolving process of certification and recertification. In: Shore JH, Scheiber SC. (eds) Certification, recertification and lifetime learning in Psychiatry. American Psychiatric Press, Washington DC; pp. 3-18.
3. **Peyrefitte A.** El mal latino. Barcelona, Plaza & Janes, 1976.
4. **Watson W.** Psychiatry as a craft. History of Psychiatry, 1998, IX:355-381.
5. **Ey H.** Existence de la psychiatrie (Réflexions sur le problème de l'intégration des Hôpitaux psychiatriques dans les Hôpitaux généraux), Presse méd, 67, suppl. au n° 33, 4 juillet, 1959:257-258.
6. **Ey H.** Naissance de la médecine. Paris, Masson, 1981.
7. **McHugh PR, Slavney PhR.** Perspectivas de la psiquiatría. Masson, Barcelona, 1985.
8. **Issues in Managed Care:** highlights of the 1995 Institute on Psychiatric Services. Psychiatric Services, 1996, 47:15-20.

9. **Sabin JE.** Managed Care and Health care reform: comedy, tragedy, and lessons. *Psychiatric Services*, 2000, 51:1392-1396.
10. **Schreter RK.** Trends in Managed Care, 2000 edition. *Psychiatric Services*, 2000, 51:1493-1495.
11. **Dyer AR.** Ethics and psychiatry. Toward professional definition. Washington DC: American Psychiatric Press, 1988.
12. **Pío XII.** Discurso al XIII Congreso Internacional de Psicología Aplicada. En: López-Medrano C, Obliglio H, Pierini LD, Ray CA. (eds). *Pío XII y las ciencias médicas*. Guadalupe, Buenos Aires, 1961; pp. 319-329.
13. **Ey H.** La notion d'automatisme en psychiatrie. *Evolut.Psychiat*, 1932, 4:11-35.
14. **Roth G.** Without a doctor's experience can anyone really understand medicine's ethical problems? *J of Federation Internationale des Associations Médicales Catholiques: Decisions*, No.9, 1994:12.
15. **Patterson DY.** Managed Care: an approach to rational psychiatric treatment. *Hospital and Community Psychiatry*, 1990, 41:1092-1095.
16. **Borenstein DB.** Managed care: a means of rationing psychiatric treatment. *Hospital and Community Psychiatry*, 1990, 41:1095-1098.
17. **Tatossian A.** *Psychiatrie phénoménologique*. ETIM, Paris, 1997.
18. **Ey H.** Discussion: La conception idéologique de "L'histoire de la folie" de M. Foucault. *Evolut. Psychiat.*, 36, 2, 1971: 279-298.
19. **Talbott JA.** *Year Book of Psychiatry and Applied Mental Health*. 1986, p.388.
20. **Talbott JA.** (ed) *Future directions for psychiatry*. Washington DC: American Psychiatric Press; 1989.
21. **Stone AA.** Psychiatric abuse and legal reform: two ways to make a bad situation worse. In: Stone AA. *Law, psychiatry and morality*. Washington DC: American Psychiatric Press; 1984; pp. 133-160.
22. **Ey H.** Plan d'organisation du champ de la psychiatrie. *Entretiens psychiatriques*, 12. Toulouse, Privat, 1966: 13-86.