



La Clínica Psiquiátrica universitaria: un compromiso con la población por el camino de la calificación permanente

*Ángel M. Ginés**

La difusión de este Proyecto de Desarrollo de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina, y de las reflexiones que la fundamentan, tiene por objetivo estimular las opiniones, las iniciativas y el ánimo creativo de usuarios, trabajadores, técnicos, administrativos, estudiantes, residentes, posgrados y docentes que transitan por esta insólita aventura de construir día a día un servicio público de enseñanza, asistencia e investigación muchas veces a contracorriente de las modas de este tiempo.

Montevideo, 7 de noviembre de 1996

Panorama general

A partir de la apertura democrática, y estimulada por ella, la Clínica Psiquiátrica ha transitado por un conjunto de transformaciones profundas que, en mi opinión, constituyen el período de cambios de mayor densidad y rapidez de este espacio universitario desde su nacimiento en la primera década del siglo.

Debemos señalar de entrada algunas características de estos cambios: fuerte interacción con procesos sociales, científico—técnicos, políticos y culturales del período contemporáneo; destacado carácter colectivo; y finalmente —pero del mayor interés— estos cambios no parecen apuntar a una situación estable sino que su curso tiende a un estado de transformaciones permanentes. Quienes hemos participado de la actividad de la Clínica en estos años, nos hemos sorprendido, año a año, con modificaciones, innovaciones, nuevos

*. Miembro Asociado APU. Profesor de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina. Clemente Estable 3316. GP 11.600. Montevideo, Uruguay.

problemas y horizontes que a veces resultan difíciles de comprender, procesar y adaptarse a ellos.

Este movimiento impone, desde luego, soluciones de continuidad en relación con nuestra Clínica histórica y, hacia el futuro, la perspectiva altamente probable —aun a corto plazo— de nuevas discontinuidades en relación al estado actual. Es destacable el efecto de estas circunstancias sobre la formación de los recursos humanos: actualmente sólo el Profesor Director, otro compañero Profesor Agregado y quien esto escribe fuimos formados en los marcos de la Clínica histórica; la casi totalidad del cuerpo docente, los estudiantes de pregrado, los residentes y posgrados, los técnicos de diversas vertientes y los administrativos se han formado y se forman en estas nuevas condiciones.

Dicho lo anterior debe destacarse también que existen nítidos cauces de continuidad entre el quehacer, las propuestas y las aspiraciones de la Clínica histórica y las transformaciones del presente.

En efecto, nacida de la fértil convergencia del Hospital Vilardebó y la Facultad de Medicina en 1908, la Clínica Psiquiátrica resultó la raíz común de la actividad y el pensamiento psiquiátrico nacional a la que se suma luego, siendo de ese origen, la Sociedad de Psiquiatría en 1932.

Durante su desarrollo histórico la Clínica estuvo abierta y fue sensible, en grado variable, al impacto de diversos cuestionamientos y alternativas; así, próximos a cruzar la mitad del siglo recibe el impacto de la asimilación del psicoanálisis a nuestro medio, que generado en ése ámbito, desarrolla luego un sólido perfil con una relación de encuentros y desencuentros con la escuela psiquiátrica; así, la marcan también otros múltiples impactos: el desarrollo de diversas corrientes psicopatológicas y psicoterapéuticas; el desarrollo acelerado de las neurociencias, comenzando por la neuropsicofarmacología, la neurofisiología y la neuropsicología —todas ellas de excelente desarrollo en nuestra Facultad—; el impacto sobre el quehacer clínico de la epidemiología, la genética y la imagenología en el campo de los trastornos mentales; la incorporación de modelos algorítmicos consensuados y de criterios multiaxiales a los sistemas clasificatorios; los durísimos cuestionamientos a nivel internacional de la “antipsiquiatría”, las siempre perentorias demandas de cambios en el modelo asistencial —dicho “asilar” o “manicomial”-; los acuerdos para la reestructuración de los hospitales psiquiátricos, con énfasis en la internación breve, la atención primaria, la participación de la familia del paciente y la comunidad, los programas de rehabilitación, etc. En estas aguas removidas, contradictorias, con cuestionamientos a veces crispados y seductoras propuestas alternativas, la Clínica Psiquiátrica —la histórica y la del presente— ni

se fragmentó ni tomó por el atajo del desarrollo unilateral. Algunas cualidades destacables parecen explicarlo: la firme relación con la actividad clínica —en la que el paciente y la comunidad constituyen el objetivo prioritario— y una actitud epistemológica abierta, flexible y equilibrada. D.L. Murguía y A. Soiza Larrosa indicaban con justeza en 1987: “Debemos señalar que estas posiciones aparentemente opuestas y aún contradictorias no lo son (se referían, para generalizar, a los caminos del pensamiento del Profesor Elio García Austt, 1888–1954, que incursionaba ya por la senda biológica y organicista, ya por la psicológica y psicoanalítica, ya por la social y filosófica); se trata mas bien de posturas que *señalan una plasticidad que contrasta con la rigidez del falso cienticismo; tales posiciones son comunes en el pensamiento psiquiátrico uruguayo* y más que señalar contradicciones o debilidades conceptuales, *constituyen la expresión de una originalidad con base clínica*, que acepta postulados diferentes, aplicables cada uno de ellos, a la mejor comprensión de las situaciones clínicas singulares. Fue precisamente en Sicco y García Austt que se inició ese movimiento integracionista que -siguió hasta el presente el pensamiento de la escuela uruguaya de psiquiatría” (subrayado por mí).

Vistas algunas virtudes veamos también algunos defectos. Empeñados en una experiencia de cambios en el espacio universitario, la autocrítica parece una brújula indispensable; mirar nuestra imagen puede resultar como a Narciso o como a Dorian Gray. J.P. Barrán nos ofrece ampliamente la posibilidad de mirarnos. Tengo la impresión de que en general a los médicos ese retrato no ha gustado; pero sea fiel -o sesgado, sería necio no confrontarse con esa imagen. La construcción -de la medicina nacional —y la psiquiatría— y su interacción con el período del “disciplinamiento” resulta un punto de partida fuerte para la reflexión; la elevación de la salud a valor absoluto y supremo de esa cultura, el nacimiento y desarrollo del poder médico y la medicalización de la sociedad merecen la mayor atención en relación al presente y futuro de nuestro quehacer.

Un segundo problema —bien complicado— tiene que ver con los cambios que impone a los sistemas de salud y al sistema educativo el desarrollo político, económico-social y científico-técnico de las últimas décadas. Este desarrollo supone una insoslayable inflexión de la cultura en nuestra sociedad, en la región y en la humanidad, que denominamos de múltiples modos: sociedad o cultura posindustrial, posmoderna, capitalismo tardío, economía de mercado. En esta nueva situación emergen un abanico de contradicciones múltiples y entrelazadas: globalización vs fragmentación y marginación creciente; democratización vs concentración rápida de riquezas y privilegios; internacionalización vs aumento de la distancia abismal entre norte y sur; desarrollo acelerado de la ciencia y la tecnología vs

disipación y aún regresión de otros instrumentos y valores fundamentales de la cultura; avance científico-técnico en las condiciones de una economía de mercado tal, que el efecto liberador del conocimiento resulta a la vez fuertemente condicionado por los intereses y los dictados de quienes tienen ventajas que le permiten controlar el mercado; elevación de la omnipotencia y el egocentrismo —“cultura del narcisismo”— con retroceso de las cualidades vinculares colectivas y solidarias.

En las condiciones de este nuevo escenario —cuya comprensión es crucial para cualquier proyecto universitario— el Encuentro Continental de Educación Médica (1994) realiza algunas precisiones bien pertinentes que tienen, además, el valor de la representatividad de las Facultades y Escuelas de Medicina asociadas en ALAFEM y FEPAFEM. En la “Declaración de Uruguay” 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 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, además, “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”.

Análisis de situación I (Asistencia Pública)

Doce años atrás un entusiasta movimiento en salud mental echaba a andar —y más allá de sus

peripecias— logró plasmar, desprolijamente pero con amplia participación, sus utopías originarias en el Programa Nacional de Salud Mental aprobado por el Ministerio de Salud Pública (MSP) en 1986. Esas aspiraciones tuvieron en los años sucesivos una trayectoria complicada con progresos e involuciones, momentos de amplia participación y de franco estrechamiento. Aun así, se pueden comprobar avances notorios respecto de la situación en 1985; *estos* avances, aunque parciales y limitados, aportan en los lineamientos del Programa y suponen importantes puntos de apoyo.

Para describir resumidamente los logros obtenidos debe señalarse, previamente, que a los efectos de avanzar en los lineamientos del Programa, la Comisión Mixta MSP–Facultad de Medicina había concebido en 1987 tres direcciones principales de trabajo cuyos desarrollos debían ser simultáneos ya que estaban ampliamente interconectados.

- a) *La primera dirección de trabajo:* los programas de promoción, prevención y asistencia primaria en la comunidad y con activa participación de ésta.
- b) *La segunda dirección de trabajo:* la creación y el desarrollo de Unidades de Salud Mental en los hospitales generales.
- c) *La tercera dirección de trabajo:* el desarrollo de nuevos modelos de asistencia de las personas que padecen psicosis, y en general trastornos mentales invalidantes, y, la reestructuración de los hospitales psiquiátricos y de las colonias de alienados.

En estas tres direcciones de trabajo —esbozadas en 1987 en sendos documentos se comprueban transformaciones en proceso de gestación y consolidación que incluyen un conjunto de acciones, programas y proyectos inexistentes en la época de la aprobación del Programa.

Así, por ejemplo, en la primera dirección de trabajo —en la comunidad— se realizaron acciones de promoción, prevención y asistencia primaria con puntos de apoyo en nueve Centros de Salud del MSP y en centros comunitarios y de enseñanza. En seis de ellos realizó sus tareas el sector de Docencia en la Comunidad de la Facultad de Medicina —que incluye un equipo de Salud Mental—. Debe subrayarse que estas actividades tenían escasos antecedentes en nuestro medio y que ellas permitieron recoger una interesante experiencia de aciertos y errores; como resultado de todo ello debe destacarse la concepción y puesta en marcha del Programa APEX–Cerro.

En la segunda dirección de trabajo se comprueba un buen desarrollo de las Unidades de Salud Mental en los hospitales generales. Estas unidades comenzaron a funcionar en marzo de 1989 y actualmente operan en todos los hospitales públicos de Montevideo. Sus funciones,

recursos terapéuticos, zona de influencia, etc, están explicitados en la guía Red de Servicios de Salud Mental Coordinados y Complementados para el Departamento de Montevideo”, publicación del Ministerio de Salud Pública, Patronato de Psicópatas y Facultad de Medicina Estas Unidades asisten las consultas de los servicios de emergencia, las interconsultas de las salas de internación y policlínicas y operan una policlínica especializada y, aunque está previsto, no han logrado una adecuada interacción con los Centros de Salud. Han mostrado buena capacidad de iniciativa destacándose cada una de ellas con perfiles propios; así, en el Hospital Maciel la unidad opera una sala de internación desde 1989, que además de su valor funcional tiene la trascendencia de haber obtenido por primera vez el ingreso de pacientes psiquiátricos a una sala especializada en un hospital general de Montevideo, aspiración de décadas y que en otros Departamentos del país es un hecho desde los años setenta; la del Hospital Pasteur se ha destacado por su interacción con los demás servicios del hospital, los cursos de emergencia para diversos técnicos de la salud y el ensayo de internación de pacientes psiquiátricos en salas generales; en el Hospital de Clínicas la innovación más destacada ha sido la consolidación, por primera vez en nuestro medio, de un Programa de Psicoterapias y abordajes psicosociales en el sector público.

La tercera dirección de trabajo apunta al desarrollo de nuevos modelos de asistencia de las personas que padecen psicosis y otros trastornos mentales invalidantes y a la reestructura de los hospitales psiquiátricos y de las colonias de alienados. Este sector supone un difícil desafío: tradicionalmente, durante muchas décadas, se ha constituido en una realidad complicada, inaceptable y dolorosa, fuente permanente de malestar para los pacientes, sus familiares, la comunidad y el personal de salud mental. Sobre esa realidad de fondo se observan, en los últimos años, iniciativas y realizaciones que en su continuidad y crecimiento podrían promover modificaciones substanciales. Señalaremos algunos de estos elementos esperanzadores:

- a) Existe una franca tendencia en nuestro país, en los últimos veinticinco años, a la disminución del número de pacientes asilados en las instituciones públicas tradicionales. A fines de 1992 la suma de las personas internadas en las colonias y en los dos hospitales psiquiátricos era de 2.100; esto significa una reducción del orden del 50% respecto del año 1965. No conocemos con seguridad los motivos de esa reducción; puede sostenerse la hipótesis de que esta tendencia resulte de la acción combinada de varios factores: introducción de los neurolépticos, apertura a partir de la década del setenta de la internación de pacientes psiquiátricos en salas generales y especializadas que se fue extendiendo en los hospitales departamentales —atenuando el envío a Montevideo y

bloqueando un factor de desinserción familiar y social-, ciertos cambios en la actitud de la familia, la población y los técnicos en relación a los pacientes mentales (19) Pero, aun desconociendo con precisión los motivos, la reducción notable del número de asilados es un hecho saludable y constituye, además, una disminución de la presión asistencial sobre las colonias y los hospitales psiquiátricos que los ubica en mejor situación para operar sus cambios.

b) Es notorio en los últimos años el incremento de iniciativas para establecer nuevos modelos asistenciales. En los hospitales psiquiátricos, en las colonias y en los hospitales generales —en condiciones generalmente difíciles y con diversos motivos de frustración— se comprueban, con distinto nivel de intensidad y desarrollo y con destacable iniciativa creadora, un variado conjunto de propuestas y realizaciones: acciones tendientes a mejorar la calidad de vida de los internados, desarrollo de actividades culturales y de rehabilitación, acciones y programas de deshospitalización, de asistencia domiciliaria, de centro diurno, grupos de tratamiento psicosocial, de psicoeducación de familiares, etc. Estas actividades han sido comunicadas en diversos eventos nacionales.

c) El tercer elemento a destacar es el efecto esperable sobre este sector de las acciones y programas en la comunidad y en la Unidades de Salud Mental de los hospitales generales ya comentados anteriormente.

En suma, en esta dirección de trabajo es de esperar —en función de la tendencia señalada y si se consolidan las nuevas iniciativas asistenciales— una reducción mayor aún del volumen de este sector, su reestructuración completa y una modificación radical de los modelos asistenciales.

No se han establecido aún, salvo excepciones, instrumentos sistemáticos de diagnóstico de situación ni de evaluación de los cambios que se están procesando. Esto impide valorar con precisión las innovaciones que se han incorporado, las modificaciones obtenidas y la opinión de los actores, sean éstos usuarios, familiares, grupos comunitarios o técnicos.

Han existido evaluaciones limitadas e irregulares y de nivel cualitativo. Deben destacarse entre ellas la evaluación realizada en 1990 que dio lugar a las Propuestas Operativas efectuadas por el Decano de la Facultad de Medicina Profesor Pablo V. Carlevaro, en relación con el desarrollo del Programa Nacional de Salud Mental; de esas propuestas destacamos: la creación del curso de Terapeuta Ocupacional —recurso técnico indispensable e inexistente en nuestro medio; la creación de la Residencia en Salud Mental, que a la luz del notable aporte que significaron las Residencias en Psiquiatría y Psiquiatría Infantil,

desplegaría su actividad en el nivel comunitario; la creación de la Maestría en Salud Mental; el fortalecimiento de la Comisión Asesora Técnica del Programa Nacional de Salud Mental; la constitución de una Comisión Honoraria para la lucha por la Salud Mental; la realización de un censo de los recursos humanos en salud mental en el ámbito institucional del estado; la elaboración de un proyecto de previsión de los recursos humanos, materiales y financieros para la operación del Programa. Deben señalarse las evaluaciones realizadas durante la década en oportunidad de las visitas de consultores de OMS–OPS (I. Levav, N. Sartorius, J.M. Bertelote, J. Baremlit, F. Torres y M. López). Debe destacarse, también, la tarea permanente de intercambio realizada por ASSE (Administración de los Servicios de Salud del Estado) y la Facultad de Medicina que permitió efectuar diversos ajustes y comprobar que los desarrollos obtenidos estaban poco comunicados entre sí, lo que llevó a concebir un sistema abierto de interacciones en el sector público a cuyos efectos se elaboró la guía “Red de Servicios de Salud Mental...” que debía ser evaluada y revisada anualmente. En los últimos años se comprueba un incremento notorio de comunicaciones, que incluyen evaluaciones de servicios y estudios epidemiológicos descriptivos, en las Jornadas Científicas en Psiquiatría que se realizan anualmente; también se percibe un mayor interés en mejorar los sistemas de registro y en promover el entrenamiento en el empleo de los sistemas clasificatorios. De todas maneras en esta cuestión *existe un retraso muy importante en los procedimientos de registro, elaboración de los datos existentes y una carencia casi completa de instrumentos sistemáticos de evaluación.*

Para el avance del Programa el volumen, la calidad y el compromiso de los recursos humanos resulta tan decisivo como la particularización de la comunidad. En los últimos años se han producido algunos progresos cuantitativos y cualitativos en los recursos humanos del sector público; el Programa de Residencias Médicas en Psiquiatría y Psiquiatría Infantil cuenta en la actualidad con 27 residentes y 3 jefes de residentes y ha ejercido una influencia notoria en la calificación de los jóvenes psiquiatras siendo, además, un punto de apoyo muy importante para las diversas realizaciones que estamos discutiendo; la Facultad de Medicina quintuplicó sus recursos en salud mental, los coordinó en un área específica y diversificó sus cualidades agregando, a psiquiatría y psiquiatría infantil, psicología médica, docencia en comunidad y neuropsicología. Sin embargo, el crecimiento señalado sólo ha permitido incrementar el perfil psiquiátrico y psicológico de los recursos. *Las carencias —relativas o absolutas— en otros recursos fundamentales en salud mental son bien notorias y ellas incluyen: enfermería, servicio social, terapeuta ocupacional y otros recursos vinculados a la rehabilitación.*

Si consideramos globalmente la disposición de los recursos humanos del sector público se observa en los últimos años, desde luego que con altibajos, un interés sostenido en participar en la transformación y la extensión de los servicios de salud mental, un incremento del compromiso con las tareas y un clima de iniciativas e innovaciones a pesar de las dificultades y frustraciones. Un elemento a estudiar en profundidad en relación a la disposición y estado de ánimo de los recursos humanos son las condiciones en que realizan su actividad tanto los funcionarios del MSP como los de la Facultad de Medicina. *Las condiciones de contrato no aseguran que los técnicos puedan emplear su capacidad creativa exclusiva o principalmente a estas instituciones; esto resulta un obstáculo de primera importancia para el desarrollo del Programa por lo que es indispensable encontrar caminos de avance en la calidad de las condiciones laborales.*

El Programa incluyó, en la época de su aprobación, además de los lineamientos generales, diversos proyectos específicos en salud mental. En los años posteriores *la problemática de la violencia adquirió una importancia notoria entre las preocupaciones de la población.* Los programas de salud mental deben estar ampliamente implicados en esta cuestión, sin embargo, carecemos de propuestas. Se comprueba un creciente interés por la problemática de los *derechos humanos de la población asistida, por las cuestiones de bioética, de responsabilidad de los técnicos y otros problemas legales y jurídicos que merecen ser considerados.*

Desde 1988 está incorporado a la agenda de la Comisión Mixta MSP– Facultad de Medicina el proyecto de *“Convenio para desarrollar la Complementación Docente Asistencial entre el MSP y la Facultad de Medicina en el área de la Salud Mental”.* El proyecto recoge los lineamientos generales discutidos aquí e incluye, además, una interesante propuesta para la integración de los recursos humanos de ambas instituciones constituyendo una iniciativa trascendente que apunta *“al máximo aprovechamiento de los recursos humanos disponibles y a prevenir la duplicación dispendiosa”.* Este proyecto fue enriquecido en diversas evaluaciones realizadas por sucesivas administraciones del MSP y la Facultad de Medicina, pero ¡no ha llegado a firmarse!

En 1990 el MSP suscribió la *“Declaración de Caracas”* que ubica a nuestro país en el compromiso de impulsar la reestructuración de la atención psiquiátrica.

Análisis de situación II (Actividad universitaria)

Desde el nacimiento hace doce años del movimiento colectivo en salud mental la Facultad de Medicina tuvo un rol muy destacado. Por eso no debe sorprender que ofrezca la mayor

densidad de acontecimientos. Creó y desarrolló el área de salud mental que incluye: neuropsicología, psicología médica, psiquiatría, psiquiatría infantil y los sectores correspondientes de enfermería y tecnología médica; una comisión coordinadora del área funciona desde 1986 y los plenarios del área, que incluyen a todo el personal, desde 1987; la experiencia recogida en la organización docente asistencial y en la democratización del funcionamiento académico, sirvió de modelo al Consejo de la Facultad para introducir una “Ordenanza para el agrupamiento de los servicios docentes de la Facultad de Medicina en áreas”; cabe destacar que hasta 1989 estuvieron al frente de estas tareas los Profesores Eméritos Carlos Mendilharsu y Juan Carlos Rey, mereciendo el generalizado reconocimiento. La Facultad creó y puso en marcha el Departamento de Psicología Médica, con actividad en todos los hospitales generales de Montevideo, y Neuropsicología. Apuntaló el desarrollo de la Clínica de Psiquiatría Infantil. Reestructuró la Clínica Psiquiátrica que opera desde 1989 en todos los hospitales generales y psiquiátricos de Montevideo. Creó el área de Docencia en la Comunidad y más adelante impulsó el Programa APEX– Cerro incluyendo en ambos el perfil de salud mental. El Hospital de Clínicas elaboró un proyecto de sistema local de salud mental que incluye, entre otros programas en marcha, unidad de hospitalización, hospital de día (comunidad terapéutica) y atención en la comunidad.

En este contexto —discutido desde el primer párrafo— *la Clínica Psiquiátrica ha transitado por un conjunto de transformaciones profundas*. Las más destacables incluyen:

Apertura del servicio

A una amplia interacción y cooperación con el MSP, ASSE, Patronato de Psicópatas y sus unidades ejecutoras; con otros sectores del área de salud mental y con varios servicios docentes de la Facultad —a través de la interconsulta y la enseñanza de pregrado—; con la Facultad de Psicología, que ha incorporado actividades a las Unidades de Salud Mental; con las sociedades científicas del área.

Descentralización

Hasta 1988 las tareas estuvieron concentradas en el Hospital de Clínicas y en el Hospital Psiquiátrico (Musto). Actualmente la Clínica tiene una estructura en red cumpliendo tareas docente asistenciales en todos los hospitales generales, en el Hospital Vilardebó (desde el cierre del Musto) y actividades periódicas en las Colonias de Alienados. Esta reestructuración se realizó a través de la creación de las Unidades de Salud Mental en los hospitales generales y de programas docente asistenciales en los hospitales psiquiátricos; en estos logros —que

son producto de la cooperación con ASSE, sus unidades ejecutoras y la Facultad de Medicina— la Clínica Psiquiátrica y el Programa de Residencias Médicas en Psiquiatría jugaron un rol decisivo. Esta descentralización ha significado, además, un importante incremento de la eficiencia de los recursos docentes disponibles.

Transformación radical de la enseñanza de psiquiatría en el pregrado

Los cambios comienzan a realizarse en 1988 e incluyen la orientación conceptual, el diseño, los procedimientos pedagógicos y la evaluación de la enseñanza. Esta transformación fue impulsada por los cambios globales operados en la Clínica, las pautas del Plan de Estudios de 1968 y el énfasis de la Dirección en priorizar la enseñanza de pregrado.

Esta renovación ha abierto el cauce para superar el creciente malestar, acumulado largo tiempo, respecto de la incomunicación que se fue estableciendo entre la Clínica Psiquiátrica y los diversos servicios docentes asistenciales de la Facultad. El desarrollo separado de la psiquiatría no ha sido una singularidad de nuestro medio sino que ha configurado una tendencia internacional cuyas motivaciones son diversas. Esta separación se reflejó en el pregrado durante décadas: el curso consistía en una apretada síntesis de la especialidad, durante dos semanas e impartido masivamente, con un examen final teórico y en general alejado del curso.

En el nuevo diseño se enfatizó la incorporación en la formación de los estudiantes de herramientas básicas de encuentro, semiología y clínica, con aportes de conocimientos y 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. Se modificaron los procedimientos docentes privilegiando el seminario y la actividad con pacientes, funcionando en grupos de 25 a 30 estudiantes con un par docente, en los servicios médico–quirúrgicos del II Ciclo Clínico Patológico (CICLIPA II), con actividad semanal durante seis meses. Se incorporaron instrumentos de evaluación, medición y control de calidad del aprendizaje (Encuesta de Opinión Docente, Encuesta de Opinión Estudiantil, Planilla de Datos de Actividad de los Doce Pares Docentes, Pruebas Escritas Grupales y Pruebas de Múltiple Opción —como pretest y test final para toda la generación—, Evaluación Individual del Docente por los estudiantes).

Como resumen de los cambios operados podemos indicar: la actividad docente se trasladó principalmente a los espacios médico–quirúrgicos; de intensivo (dos semanas) se convirtió en extensivo (seis meses); la técnica docente pasó de teóricos y demostraciones a seminarios y

actividad con pacientes (con teóricos de apoyo); la evaluación del estudiante, de examen final a evaluación continua y pruebas; el número de docentes empleados, de diez a veinticuatro (x 2.4); las horas de actividad, de veinticinco horas a cincuenta horas (x 2); las horas docentes empleadas, de noventa horas a mil doscientas horas (x 13) y la relación docente/estudiante, de 1/37 a 1/13 (x 2.8); las horas docentes/estudiante de quince minutos a dos horas con quince minutos (x 9). Un indicador de la efectividad de la enseñanza es el significativo avance que se observa en el test final de la generación respecto del pretest.

La opinión de los docentes y residentes sobre pregrado es muy satisfactoria. En las encuestas anuales se ubica como la actividad más destacada: en porcentajes en el entorno del 90% opinan que la Planificación y la Organización es “explícita”, la Realización, “satisfactoria” y la Evaluación, “sistemática”. Los estudiantes, por su parte, en las encuestas anuales han calificado promedialmente la actividad entre “buena” y “muy buena”.

Debe señalarse que aún con estas transformaciones la actividad de la Clínica Psiquiátrica en el pregrado sigue siendo relativamente baja en relación a su actividad asistencial y de enseñanza especializada. En efecto, en horas y en presupuesto tradicionalmente estaba por debajo del 1%, actualmente supera el 5%.

Hemos presentado un análisis más extenso de los cambios en pregrado en las Jornadas Científicas en Psiquiatría, 1992 y en las Jornadas del Departamento de Educación Médica (DEM), 1992.

Residencias Médicas Hospitalarias en Psiquiatría

El impacto de la incorporación de este programa en 1989 ha sido formidable: ha resultado una herramienta principal para la reestructuración completa de la Clínica, para los cambios operados en la enseñanza de pregrado y ha promovido un avance notable en la formación de los especialistas que acceden a este programa. La dotación actual incluye dieciocho residentes y un jefe de residentes que se distribuyen y rotan por las Unidades de Salud Mental de los hospitales generales y Hospital Psiquiátrico. Este programa debe incluirse en el de formación de especialistas, pero merece comentario aparte, para subrayar su decisivo aporte.

Formación de especialistas

Tradicionalmente la formación de especialistas se realizó a través de un curso de posgrado de dos años de duración que se extendió a tres en 1986. Esta actividad insume aproximadamente el 25% de las horas y del presupuesto del servicio. La incorporación de la residencia en psiquiatría abre una nueva vía de formación de especialistas que se ha reflejado en las

encuestas anuales de opinión. Así, en relación al posgrado el 60% opina que la Planificación y Organización es “implícita”, el 70% que la Realización es “con defectos, pero aceptable” y casi el 60% que la Evaluación es “ocasional”; en cambio respecto del residentado, el 60% opina que la Planificación y Organización es “implícita”, casi el 70% que la realización es “satisfactoria” y el 90% que la Evaluación es “sistemática” u “ocasional”.

En los últimos dos años como resultado de las discusiones del cuerpo docente sobre esta cuestión, se vienen realizando ajustes tendientes a aproximar ambas vías de formación de especialistas. A partir de 1994 el ingreso al posgrado es condicional hasta la aprobación —es decir, a no resultar eliminado— del concurso de residentado; se incluye también una entrevista con el Director y/o los Profesores Agregados cuyo objetivo es esclarecer las aptitudes del aspirante para la especialidad.

Desarrollo de las psicoterapias

A partir de 1986 se ha producido un fuerte avance en psicoterapias. Convergen en este programa diversas orientaciones psicoterapéuticas (psicoanálisis, psicodrama, terapia de la conducta, terapia familiar sistémica, vincular psicoanalítica, psicósomática, terapia corporal) que emplean técnicas individuales, grupales, familiares, psicosociales. *Constituyen el primer programa de psicoterapias y enfoques psicosociales —consolidado en nuestro medio— en los servicios públicos de salud.*

Calificación del servicio. Evaluaciones y controles de calidad

Desde hace seis años se han comenzado a introducir evaluaciones sistemáticas de las funciones de la Clínica. Anualmente, desde 1990, se recoge en forma anónima la opinión de todos los funcionarios de la Clínica empleando, con modificaciones, un instrumento de evaluación elaborado por el Consejo de la Facultad. Así se obtienen las opiniones globales y las opiniones discriminadas por categorías —docentes por grado, residentes y técnicos— sobre Planificación y Organización, Realización y evaluación de las funciones de: Asistencia, Pregrado, Posgrado, Residentado e Investigación.

Desde 1990 se realiza anualmente la evaluación sistemática de la enseñanza de pregrado con los instrumentos señalados en el literal c), que resulta así, la primera función del servicio con evaluación y control exhaustivo.

Desde 1991 se han introducido evaluaciones en el programa de psicoterapias psicoanalíticas individuales.

Con los datos obtenidos en estas evaluaciones se ha realizado una “Aproximación a los

costos del servicio” y su discriminación por funciones.

Esta importante línea de trabajo permitirá valorar con precisión la efectividad, calidad y eficiencia de los cambios en curso.

Investigación

En las encuestas anuales el personal de la Clínica ha señalado con claridad *el atraso en esta actividad definitoria del que hacer universitario*. Alrededor del 70% opina que la Planificación y Organización es “inexistente” o “implícita”, que la Realización es “defectuosa” o “con defectos, pero aceptable” y que la Evaluación es “ocasional” o “inexistente”. Aún así, en los últimos cinco años se ha observado un notorio incremento de presentaciones y publicaciones de trabajos.

La preocupación por avanzar en este sector ha seguido las siguientes vías: a) convocatoria anual a Jornadas Científicas en Psiquiatría (la primera se realizó en 1992) para la presentación de trabajos y proyectos de investigación con buen espacio para la discusión; b) desarrollo de instrumentos de evaluación y controles de calidad y su aplicación progresiva a diversos programas de la Clínica, ya comentados en el literal g); concepción, sobre la base de la experiencia de estos años, de un “Programa para el desarrollo de la investigación y la incorporación de metodología científica apropiada a las diversas funciones de la Clínica Psiquiátrica” que describiremos en Proyecto.

Empleo en profundidad de los procedimientos democráticos

En 1989 habíamos destacado que para operar los cambios en que estábamos empeñados era condición principal el “*empleo permanente y a fondo de los procedimientos democráticos*”, y además, “*que la capacidad creativa en el conjunto y en cada persona puede emerger en plenitud si se ejerce sin limitaciones y con audacia la educación y autoeducación en democracia que las normas posibilitan pero que por sí mismas no aseguran*”.

Podemos afirmar con énfasis que esta ha sido una característica destacada del perfil de la Clínica en estos años. El personal docente y los residentes nos hemos reunido con regularidad, incluidas jornadas especiales de todo un día, a discutir y resolver todas las cuestiones relativas a la planificación y funcionamiento del servicio. Debe señalarse que este clima de trabajo y de decisiones colectivas, al que hemos aportado docentes y residentes, ha sido promovido con firmeza por la Dirección de la Clínica.

Las mayores dificultades

El estado de la infraestructura de los hospitales de ASSE y del Hospital de Clínicas donde opera la Clínica es heterogéneo, en general el panorama es deficitario o muy deficitario con excepciones; entre las excepciones deben destacarse la remodelación del espacio donde opera la Unidad de Salud Mental del Hospital Maciel, la remodelación parcial del Hospital Vilardebó y algunas mejoras en la Policlínica del Hospital de Clínicas.

Las deficiencias ambientales afectan por igual a todas las funciones que desarrolla el servicio, a los usuarios y a los funcionarios: estas carencias no constituyen tanto una limitación al volumen de la actividad pero sí en *las condiciones mínimas aceptables para cualquier actividad humana ejercida con respeto por la dignidad de las personas*.

El flujo de la actividad es desordenado por falta de planificación y organización de la asistencia; se combinan la asistencia rutinaria, de muy bajo perfil con la asistencia de alta calidad —que en algunos casos es superior a la de las instituciones de asistencia colectivizada y a la privada—. Son muy notorios los déficits en los sistemas de registro y en la elaboración de los datos disponibles; sin embargo, algunos programas, como el de Psicoterapias del Hospital de Clínicas constituyen una excepción como modelo al que deberíamos apuntar.

Un par de funcionarios administrativos para todas las actividades que realiza el servicio, distribuido, además, en seis hospitales no resultan suficientes. La carencia de instrumentos de trabajo es permanente y las necesidades más urgentes son cubiertas por aportes de los docentes y algún recurso extrapresupuestal; la puesta en marcha hace tres años de una Unidad de Computación en la Policlínica del Hospital de Clínicas constituye una agradable excepción.

La ausencia de Unidades de Internación en los hospitales generales de Montevideo, con la excepción del Hospital Maciel, sigue siendo un notorio factor de retraso.

Las esperanzas que despierta —aún en la polémica— la perspectiva de reconversión del Hospital de Clínicas ha estimulado a la Clínica Psiquiátrica a renovar sus propuestas para el hospital universitario.

Pero la mayor dificultad, en la medida que es aquella cuya superación resulta decisiva para todas las demás, la constituye *la mala calidad de los contratos del personal universitario y, en general, en el sector público de salud*.

Presencia y pertinencia de la propuesta universitaria

Quiero expresar en esta cuestión con la mayor claridad —en circunstancias de fuerte cuestionamiento de la institución universitaria— cuáles son, en mi opinión las premisas básicas que se deben tener en consideración en las inevitables y necesarias transformaciones

del espacio universitario.

Los cambios contemporáneos plantean difíciles desafíos a la propuesta universitaria. La expansión cuantitativa, la diversificación de las actividades y las restricciones presupuestales han sido identificadas por UNESCO como tres tendencias principales de la educación superior en todo el mundo.

La demanda rápidamente creciente de formación terciaria —mejor, pos secundaria— y la multiplicación de alternativas privadas, estimuladas por el tipo de desarrollo económico predominante, obliga a reflexionar en profundidad sobre la pertinencia de la universidad pública tal cual nació y se desarrolló en nuestro país. Inscripta en el nítido perfil de la universidad latinoamericana, marcada por la Reforma de Córdoba —a la que también aportó— aparece hoy fuertemente cuestionada desde el entorno y en su propio seno.

No discutiremos, aquí, estos complejos y ricos problemas algunos de los cuales aparecen bien tratados en el “Documento sobre enseñanza superior” de 1994 de UNESCO. Sólo subrayaremos algunos pilares que consideramos condiciones indispensables para transitar las transformaciones y que definen la pertinencia de la universidad pública.

La propuesta universitaria debe tener como referente central el compromiso radical con la sociedad y los aportes que pudiera realizar a los cambios que permitan elevar las condiciones y la calidad de existencia 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, etc; 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 pertinencia.*

Proyecto y programas operativos

El Proyecto estará en continuidad con el desarrollo de la Clínica Psiquiátrica en los últimos años, con las modificaciones que imponen los procesos de avance y maduración.

Las pautas estratégicas se pueden esquematizar así:

- 1) *Claridad respecto del marco de referencia.* Algunos de los documentos principales en que se enmarca el Proyecto son los siguientes: Ley Orgánica de la Universidad, Plan de Estudios de la Facultad de Medicina, Proyecto de Reversión del Hospital de Clínicas (Centro Médico), Ordenanza para el agrupamiento de los servicios de la Facultad de Medicina en áreas, Programa Nacional de Salud Mental, Proyecto de

Convenio para desarrollar la Complementación Docente Asistencial entre el MSP y la Facultad de Medicina en el área de la Salud Mental, Declaración de Caracas (Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica, OPS), Declaración de Uruguay (ALAFEM y FEPAFEM).

- 2) *Planificación estratégica en la concepción del Proyecto y los programas en la movilización de los recursos y en la formación de los recursos humanos.* En las transformaciones operadas en la Clínica Psiquiátrica y en este Proyecto han estado presente en diálogo imaginario las ideas, entre otros, de Carlos Matus y especialmente las discusiones en los Talleres organizados por OPS — Facultad de Medicina, en 1994, conducidos por Mario R. Royere.
- 3) *Incorporación de metodología científica apropiada en todas las actividades.* Componente decisivo y definitorio del Proyecto, que se discute en forma recurrente y con mayor precisión en los literales siguientes.
- 4) *Consideración especial por la diversidad epistemológica de la psiquiatría y la salud mental.* En el campo del Proyecto se constituye una convergencia compleja de conocimientos, teorías, valores y procedimientos que entrecruzan desde la biología molecular hasta la filosofía, la ética y la religión. Esta situación impide cualquier autosuficiencia e impone una amplia articulación con otros servicios de la Facultad, la Universidad y extrauniversitarios; también impone criterios precisos respecto de qué se asimila del universo y qué es indispensable investigar y crear.
- 5) *Énfasis en obtener autofinanciamiento sin afectar el carácter definitivamente público de/servicio docente asistencial.* El Proyecto prevé el empleo óptimo de los recursos presupuestales (con las medidas de reestructura, movilización de recursos e incorporación de tecnología apropiada que avancen la eficiencia) y la obtención de recursos extrapresupuestales que abran caminos de autofinanciación, con preservación del carácter y del rumbo definitivamente público del servicio. La Clínica ya ha iniciado este camino y en ese sentido ilustra el “Programa de investigación e incorporación de metodología científica apropiada”.

Organizaremos la propuesta explicitando por programas las realizaciones que estimamos factible iniciar y/o consolidar en los próximos dos o tres años.

Programa 1.0 Para el desarrollo de la investigación y la incorporación de metodología científica apropiada a las diversas funciones de la Clínica Psiquiátrica

La experiencia acumulada desde 1989—sobre todo en evaluación del servicio, de pregrado y

de psicoterapias y los efectos positivos que sobre la producción de trabajos científicos han generado las Jornadas Científicas en Psiquiatría desde 1991 nos ha convencido que la Clínica ha madurado lo suficiente como para ubicar esta línea de trabajo en un lugar prioritario.

Este programa tiene un *objetivo específico*, el desarrollo de la investigación científica pero tiene, además, un *objetivo estratégico*, el de incorporar metodología científica apropiada en las diversas funciones del servicio. En relación al objetivo específico se trata de promover y/o consolidar la investigación básica, clínica y epidemiológica; en relación al objetivo estratégico, obtener avances en la planificación de los diversos programas, su diseño explícito y su evaluación sistemática a efectos de establecer la efectividad, costos, eficiencia y controles de calidad. Estas tareas resultan ineludibles en relación al desarrollo próximo, en especial si se tiene en cuenta las decisiones que se deben tomar en función del estado de transformaciones permanentes indicado anteriormente. La prioridad que concedemos a este programa intenta, además, aportar a la superación desde el espacio universitario y en el contexto institucional en el que se mueve la Clínica, del retraso muy importante en los procedimientos de registro, de la elaboración de los datos existentes y de la carencia casi completa de instrumentos de evaluación ya comentados. Este programa —cuyos primeros esbozos nacen en 1989 con la autoevaluación de la Clínica y que luego se desarrollan progresivamente— ha sido financiado con complementos al presupuesto aportados por los docentes, otros generados por la propia Clínica y desde hace tres años con aportes puntuales de la Comisión Sectorial de Investigación Científica de la Universidad de la República (CSIC). Es, pues, ejemplar como modalidad que combina recursos presupuestales y extrapresupuestales.

Las actividades a desarrollar en el futuro inmediato incluyen:

- a) Jornadas Científicas en Psiquiatría. Ha sido, hasta ahora, un instrumento principal para promover la investigación. Se realizan anualmente desde 1991 y recogen el aporte de más de treinta trabajos del ámbito psiquiátrico y de salud mental. Han permitido enriquecer la cooperación entre la Clínica Psiquiátrica, el Sindicato Médico del Uruguay (SMU), las sociedades científicas afines y la CSIC. Constituyen, además, la primera fuente de ingresos extrapresupuestales (autofinanciación). En sus cinco ediciones consecutivas han sumado una producción de casi doscientos trabajos; su calidad puede valorarse señalando que seis trabajos y tres proyectos discutidos en las Jornadas han sido premiados o han merecido aprobación por terceros y un número mucho mayor ha sido publicado.

La edición 1996, por ejemplo, volvió a colmar ampliamente las expectativas de la Clínica

y de las instituciones coorganizadoras. Participaron en la Jornadas cerca de doscientos técnicos del área; se presentaron 41 trabajos, lo que implica un incremento de 20% en relación a los promedios históricos de las Jornadas. Las presentaciones, en tres jornadas sucesivas de nueve horas, estuvieron organizadas en seis módulos tomando en cuenta el tipo de problema abordado y su metodología; cada módulo contó con una mesa que coordinó la presentación y la discusión de cada trabajo y que además realizó una evaluación primaria de los trabajos con un cuestionario preparado por la Clínica; la mesa estuvo integrada por un Profesor Adjunto, un Asistente y un Residente. Aún cuando el procesamiento de los cuestionarios no se ha completado, la evaluación primaria global de los trabajos es la siguiente: los evaluadores consideraron el 25% de los trabajos como “muy buenos”, 50% “buenos”, 12% “casi buenos” y 12% “regulares”; las calificaciones “excelente” o “malo” no fueron asignadas para ningún trabajo.

- b) Asegurar la evaluación sistemática de la enseñanza de pregrado y del “estado de opinión” del personal de la Clínica. Extender estos procedimientos a todos los programas docentes.
- c) Avanzar en el diseño, evaluación y controles de calidad de los diversos programas asistenciales.
- d) Incorporar un “Seminario sobre Metodología de la Investigación Científica” —apropiado a los objetivos de desarrollo de la Clínica— para docentes, residentes y personal técnico y administrativo. La primera versión de este seminario acaba de culminar en noviembre de 1996.
- e) Establecer un protocolo genérico para proyectos de investigación —compatible con los de la Fundación Manuel Pérez y la CSIC— a efectos de facilitar las iniciativas que se generen.
- f) Formación de grupos de trabajo especializados dirigidos a desarrollar la investigación, las tareas preparatorias a la investigación o la asimilación de conocimientos y metodologías cuyo desarrollo no es posible en la Clínica Psiquiátrica. Esta actividad deberá desarrollar-se en cooperación con otros servicios de la Facultad, la Universidad, el Instituto de Ciencias Biológicas; deberá buscarse la participación en estudios multicéntricos, como ya ha iniciado el equipo de psicoterapias a través de la Society for Psychotherapy Research o un equipo de ensayo clínico con psicofármaco. Las líneas a desarrollar apuntarán a las neurociencias, la psicopatología, la epidemiología, el diseño y evaluación de los programas terapéuticos.

Participarán del programa todos los funcionarios docentes y no docentes; a tales efectos se

realizará una redistribución progresiva, a favor del programa, de parte del horario de las tareas que actualmente se realizan. Podremos cuantificar el avance de esta redistribución partiendo de la evaluación de 1992 que indicaba que la Clínica empleaba sus recursos de la siguiente manera: 25% en docencia de posgrado, 5% en docencia de pregrado y el resto en asistencia, estando la investigación por debajo del 1%.

Un Coordinador del Programa —encargado de su organización, ejecución y evaluación— contratado con rubros generados por el propio servicio ha sido designado, a principios de 1996, por el Consejo de la Facultad.

Programa 2.0 Enseñanza de pregrado

Hemos señalado en el análisis de situación que este programa resulta ser el que ha tenido mayor despliegue entre las actividades docentes de la Clínica y el mejor evaluado por sus protagonistas; tiene objetivos y diseños explícitos y procedimientos sistemáticos de evaluación. La evaluación, medición y control de calidad del aprendizaje se realiza empleando ocho instrumentos de ingreso de información: Encuesta de Opinión Docente, Encuesta de Opinión Estudiantil, Planilla de Datos de Actividad de los Doce Pares Docentes, Pruebas Escritas Grupales y Pruebas de Múltiple Opción —como pretest y test final para toda la generación—, Correlación entre Evaluación Continua y Prueba de Múltiple Opción, Evaluación Individual del Docente por los estudiantes.

Se trata de continuar perfeccionándolo y de resolver tres cuestiones pendientes:

- a) La primera respecto de la duración del curso. En el ámbito internacional la enseñanza de la psiquiatría en el pregrado incluye extremos que van desde 12 horas a 160 horas. El nuestro, con cerca de 50 horas se ubica entre esos extremos. La Clínica tiene la aspiración y dispone de posibilidades de duplicar la actividad.
- b) La enseñanza, ubicada en CICLIPA II, trabaja con estudiantes que están culminando la formación curricular. Es opinión de estudiantes y docentes, vertidas en las evaluaciones anuales, que la actividad debería extenderse, anticipándose progresivamente a CICLIPA II. Estos dos problemas suponen ingeniar propuestas de modificación acordadas con otros servicios del área y con la coordinación curricular.
- c) Investigar el efecto a mediano y largo plazo de la efectividad del aprendizaje en el ejercicio médico y establecer, así, las pautas para la Educación Continua.

Programa 2.1 Formación de especialista

La formación de especialistas por vía del posgrado ha sido el programa de mayor jerarquía de las actividades docentes de la Clínica histórica; entre sus méritos estuvo siempre el notable énfasis de la actividad clínica.

Los cambios operados a partir de la propuesta del Profesor Enrique Probst recogieron y reforzaron ese pilar de la formación e incorporaron nuevos desarrollos producto de las transformaciones de las últimas décadas y de la necesidad de cooperar con la reestructura de la psiquiatría en nuestro país; la aparición de una nueva vía de formación, el residentado, generó en su desarrollo notorias contradicciones en este programa.

El cuerpo docente ha considerado —en los estudios anuales de opinión— que esta función del servicio no es satisfactoria. Esta opinión probablemente ha estado influida, entre otras cosas por la incorporación, en 1989, del Programa de Residencias en Psiquiatría y el formidable avance que éste posibilitó en toda la actividad del servicio. En general, la opinión de los propios posgrados —en las encuestas de opinión— resultaron más benevolentes.

Esta situación motivó discusiones en profundidad en múltiples reuniones docentes y una jornada completa dedicada al problema. Como resultado de esos intercambios en los últimos dos años se realizaron importantes ajustes. Se acordó como objetivo principal aproximar rápidamente ambas vías de formación de especialistas.

Así, desde 1994, el ingreso a la especialidad se realiza en forma “Condicional” a la aprobación del concurso de residentado —vale decir que para realizar la especialidad todos los aspirantes deben demostrar suficiencia en las pruebas del residentado aún cuando no todos obtengan el cargo— no se establecen cupos. En ese primer año condicional a la aprobación del residentado” los aspirantes realizan un seminario dirigido a introducirse en las características del quehacer psiquiátrico y en las problemáticas de los servicios docente asistenciales en los que desarrollarán sus tareas; son recibidos en entrevistas personales por el Profesor y/o los Profesores Agregados a efectos de establecer la disponibilidad del aspirante para cumplir con las obligaciones de la formación, conocer los antecedentes académicos, valorar los aspectos vocacionales y aproximarse a su disposición psicológica para abordar los problemas que proponen los pacientes que acuden al psiquiatra; al culminar cada semestre realizan una prueba clínica escrita elaborada por el Profesor y los Profesores Agregados, que la corrigen y luego la discuten con los aspirantes.

No podemos evaluar, aún, los efectos de estos cambios por lo reciente de su incorporación. Pero, por lo menos resultan claros dos: a) la deserción, que a lo largo del posgrado se producía en varios años y alcanzaba a más de la mitad de los aspirantes tiende a producirse en ese primer año —es interesante señalar que el programa de residentado no ha tenido

deserciones desde su aplicación—; b) la habilitación el residente y del posgrado a través de las pruebas del mismo concurso asegura que todos los aspirantes demuestren un nivel de suficiencia que permite asignarle funciones asistenciales de responsabilidad similar.

El número de especialistas a formar, tema polémico hoy entre estudiantes, egresados y docentes merece alguna consideración. De acuerdo a un estudio realizado por el Comité Asesor de Educación Médica de EEUU en la década del 80, la tasa para ese país se situaba en 1.58 psiquiatras por 10.000 habitantes. Reconocidos los riesgos de una extrapolación, este índice estimaría una necesidad de 213 psiquiatras para Montevideo y 260 psiquiatras por el resto de los Departamentos; Montevideo duplica con facilidad dicha cifra, el resto de los Departamentos tendrían cubierto sólo el 20% de sus necesidades. La formación en el país de 15 especialistas por año —de asegurarse una adecuada distribución nacional— cubriría las necesidades estimadas por la “tasa óptima” empleada en esta estimación.

Es interesante señalar que la cifra señalada es inferior a la que resulta de evaluar la capacidad docente de la Clínica. En efecto, partiendo de una relación posgrado/docente de 1/3 y de la extensión de los servicios docentes asistenciales, el servicio está en condiciones de recibir un número en el entorno de los 20 aspirantes por año.

Programa 2.2 Formación continua

Este programa tiene dos direcciones: hacia los técnicos en salud y hacia los especialistas en salud mental. Está en desarrollo inicial y se ha avanzado a través de la cooperación con la Sociedad de Psiquiatría y otras instituciones científicas; con las unidades ejecutoras de ASSE y con el MSP, y con la Escuela de Graduados.

La Clínica ha empleado sus cursos de formación teórica —que tienen un ciclo de tres años tanto para el posgrado como para la formación continua—; estos cursos siguen el camino de integrarse con los de Psiquiatría Infantil.

La Clínica deberá seguir aportando actividades especiales como el Curso de Emergencia Psiquiátrica y Psicoeducación para familiares de pacientes esquizofrénicos y para el personal de salud que asiste a estos pacientes; los grupos de trabajo mencionados en 1.0 serán un buen punto de apoyo para expandir esta actividad.

Merece especial mención las tareas de cooperación con los núcleos de psiquiatras y técnicos en salud mental de los Departamentos del resto del país, que hasta ahora han sido esporádicas. Esta cooperación, como discutimos en el análisis de situación, es de gran relevancia para la reestructuración de la asistencia psiquiátrica.

Programa 2.3 Formación docente

El desarrollo de este aspecto principal de la calidad del recurso docente ha sido poco atendido entre las actividades universitarias. En estos años en la Clínica Psiquiátrica se han realizado algunas actividades que apuntan a este fin: las reuniones regulares del servicio, las jornadas de discusión docente, las Jornadas Científicas en Psiquiatría.

Desde hace varios años los docentes que ingresan al servicio realizan los seminarios de “Objetivos del aprendizaje” que anualmente ofrece el DEM; a la fecha todos los Asistentes y Profesores Adjuntos han participado de esa actividad, de la que tienen una elevada opinión y consideran indispensable en su formación. Algunos han realizado el curso de “Medición del aprendizaje” que también ofrece el DEM y que deberá incorporarse en forma sistemática.

Pero una cuestión decisiva en la construcción de un cuerpo docente de alta calidad queda íntimamente ligada al mejoramiento de la calidad de los contratos y a la reestructura del equipo docente.

En suma, una actividad que está en sus comienzos, que apunta a la calidad docente y tiene mucho por andar.

Programa 3.0 Unidades de Salud Mental en los hospitales generales

Hemos señalado el valor estratégico en psiquiatría y salud mental de estas unidades. Sus funciones apuntan a la emergencia, la interconsulta, la policlínica especializada, la internación de pacientes psiquiátricos —breve e intensiva— y programas terapéuticos especializados (psicoterapias, abordajes psicosociales, psicoeducación, etc). Estas unidades —aunque está previsto— no han podido establecer interacciones más fluidas y planificadas con los centros de salud de la comunidad y con los hospitales psiquiátricos. Corresponde seguir apuntalando el desarrollo de estas unidades en los hospitales Maciel y Pasteur y hacer converger el desarrollo de la Unidad de Salud Mental del Hospital de Clínicas con el proyecto de reconversión de éste (Proyecto Centro Médico), para el que la Clínica ha formulado la siguiente propuesta: a) Unidad de Internación altamente especializada para pacientes psiquiátricos agudos (compromiso suscrito por la Facultad de Medicina en el Programa Nacional de Salud Mental y reafirmado permanentemente en las coordinaciones con ASSE) y que está incluido en los planes de desarrollo del Hospital de Clínicas desde la década del sesenta; b) Centro Diurno (Hospital de Día) especializado en pacientes psiquiátricos; c) Consulta Externa integrada a la consulta externa general del Hospital; d) Emergencia Psiquiátrica integrada a la emergencia del hospital; e) Programas de Psicoterapias y Psicosociales especializados.

La actividad de las Unidades de Salud Mental ha tenido un buen impacto en los hospitales generales. El retraso más notorio es que su actividad —salvo excepciones— se realiza sobre la modalidad de la “rutina implícita”.

Será tarea prioritaria explicitar el diseño, instrumentarlo con la incorporación de técnicas apropiadas y sistematizar los registros, la evaluación y los controles de calidad (ver Programa 1.0).

Programa 3.1 Unidades Docente Asistenciales en el Hospital Psiquiátrico (Vilardebó)

La actividad de la Clínica Psiquiátrica en este sector ha sido siempre un difícil desafío. En el Hospital Vilardebó desde el nacimiento de la Clínica hasta 1982, en que, ésta pasa a realizar sus tareas en el Hospital Musto. Desde hace seis años el servicio coopera activamente con ASSE para reestructurar y reactivar la actividad del Hospital Vilardebó, de modo que al producirse el cierre del Hospital Musto —en el segundo semestre de 1996— todos los recursos de la Clínica se trasladan al Hospital Vilardebó; en estos años también se han realizado actividades puntuales de cooperación con las Colonias de Alienados.

Hemos expuesto en otro lugar las características históricas del “modelo asilar” en nuestro país, sus condiciones de desarrollo y las perspectivas hacia el futuro. Esta cuestión constituye la deuda más importante que la psiquiatría, las diversas escuelas psicopatológicas y en general todos los técnicos en salud mental, la política de salud mental, los administradores en salud y en general la sociedad uruguaya tiene consigo misma. (Desde luego que esta deuda no es peculiar de nuestro país, con excepciones señalables, es regional e internacional). Se ha insistido con razón en la crítica del modelo llamado “asilar”, sin embargo, en mi opinión, éste ya no es el modelo dominante en nuestro país. Más bien el modelo asilar está en franco retroceso y las tendencias estadísticas anuncian su muerte en un período relativamente breve. En el sector público la población de personas sometidas a condiciones asilares se ha reducido de alrededor de 5.000 a mitad de siglo a alrededor de 2.000 en la década del 90 y sigue descendiendo, esto es de una tasa de 18 o/000 a 7 o/000 habitantes. Desde luego que esta muerte anunciada no será espontánea, habrá que precipitarla con medidas adecuadas. Pero recuerdo esto para señalar que el “modelo dominante” ya es otro que no se limita al “asilo” históricamente característico del sector público, sino que incluye también la estrategia del sector mutual y del sector privado. Es verdad que en los últimos años en dos de esos sectores, el público y el privado, —no así en el mutual que permanece en general bastante inamovible— han aparecido innovaciones muy promisorias, que por ahora deben considerarse excepciones ejemplares, que incluyen experiencias de comunidad terapéutica, hospital

diurno, programas de rehabilitación, psicoeducación de las familias y el personal de salud, grupos de psicoterapia y talleres para pacientes y familiares, grupos de pacientes y familiares autogestionados, etc. Debe señalarse que todas estas experiencias emplean y combinan los diversos recursos terapéuticos, sin excluir ninguno que tenga probada eficacia, por lo que no es justo en este sentido que sigamos llamándoles propuestas alternativas, salvo que con ello se quiera significar que son alternativas de la estrategia que predomina.

Este “modelo dominante” en nuestro medio es un modelo implícito, resultante de acciones no concertadas; pero es el que opera en la práctica, el habitual.

Sus características negativas más señalables, indicadas en forma esquemática, son las siguientes: (a) empleo unilateral y excluyente de los recursos terapéuticos; (b) inexistencia de planes terapéuticos pos alta, salvo “repite medicación”, confiada al buen sentido del paciente y su familia, sin acciones para prevenir los nuevos episodios, sin programas de habilitación o rehabilitación; (c) exclusión de la familia, factor fundamental de la alianza terapéutica y componente indispensable para modificar el curso evolutivo del trastorno; (d) ausencia de espacios psicoterapéuticos grupales y personales para que los pacientes elaboren sus experiencia psicóticas, las experiencias psicopatológicas profundas que ellas hacen aflorar y otros conflictos existenciales alejados de la perturbación psicótica pero que influyen sobre ella y la vida del paciente; (e) inexistencia de procedimientos de evaluación de los planes terapéuticos, es decir, de la investigación que separe la paja del trigo.

Debemos imaginar, pues, hacia el futuro un nuevo escenario que incluya: la hospitalización pautada con tratamiento breve e intensivo y la asistencia en domicilio —cuando los criterios estrictos de internación no se cumplen o han cesado—; la prevención de las recaídas; la participación activa de los usuarios y la psicoeducación; el despliegue de las estrategias de rehabilitación y habilitación; la discriminación clara entre las necesidades de tratamiento y las necesidades de asilo o albergue; el diseño de los procedimientos como ensayo clínico” y su evaluación sistemática; la integración amplia y la redistribución del poder en los equipos de salud el desarrollo de la función “gestor de caso” y ombusman; el énfasis en los derechos humanos y en las pautas bioéticas; el desarrollo de nuevos modelos organizativos, de gestión y de financiación.

Desde luego que en estos cambios la Clínica Psiquiátrica es un componente más en el conjunto, pero, **debe cumplir un rol específico en la generación del nuevo modelo asistencial, en la formación de recursos humanos y en la incorporación de metodología apropiada. Debemos modificar una modalidad docente asistencial de “rutina implícita” para construir un programa con objetivos precisos, diseño explícito, evaluación**

sistemática y controles de calidad. La construcción de este programa será una prioridad a partir de 1997, y su despliegue insumirá dos o tres años. Un programa de estas características supone una amplia cooperación con las unidades ejecutoras de ASSE.

Para este programa hemos propuesto dos proyectos, “Asistencia de pacientes psiquiátricos que requieren internación” y “Complementación docente asistencial entre el Hospital Vilardebó y la Clínica Psiquiátrica” (1993). Estas y otras propuestas exigen una amplia discusión en el colectivo de la Clínica.

Programa 3.2 Psicoterapias y abordajes psicosociales

Estas actividades que comienzan en 1986 han tenido un excelente desarrollo. El programa tiene valor estratégico ya que su despliegue —junto a los desarrollos comunitarios y a los procedimientos de fundamento neurobiológico— aseguran una amplia gama de procedimientos apropiados para impedir la persistencia de acciones terapéuticas unilaterales que cercan al paciente y su familia y al equipo de salud mental en respuestas sesgadas, sobrealienantes y de alto costo/beneficio en diversos sentidos.

Sus objetivos, claros y explícitos desde el comienzo, han comprobado su validez en el curso de los años: a) Diseñar estrategias psicoterapéuticas aptas para responder a las demandas de amplios sectores de la población. Estas actividades pretenden ampliar los recursos a incorporar a un Servicio Nacional de Salud en la medida en que este se concrete; b) Coordinar, en función del objetivo anterior, aportes de las diversas escuelas psicoterapéuticas que existen en nuestro medio —y que trabajan separadamente— de modo de generar en la práctica clínica en común, modelos psicoterapéuticos adaptados u originales; c) Investigar y evaluar los diversos modelos existentes o aquellos que se generen; d) Emplear intensamente estas actividades en la docencia; e) Integrar estas actividades a las diversas funciones de la Unidad de Salud Mental del Hospital de Clínicas; f) Aportar asesoramiento a las tareas psicoterapéuticas que realizan técnicos o grupos de técnicos en otras instituciones abiertas a las demandas de salud de la población.

La efectividad del programa puede valorarse resumidamente así: 1°) calidad asistencial: diseño de psicoterapias y abordajes psicosociales a la medida de las demandas de los usuarios en función de la convergencia de diversas líneas psicoterapéuticas; orden en el cumplimiento de los planes y horarios; supervisión de la totalidad de los psicoterapeutas; reuniones y ateneos semanales de coordinación y discusión; amplia cobertura de situaciones: adolescentes, adultos y familias; amplio espectro de trastornos abordados, problemáticas

existenciales, neurosis, trastornos de personalidad, psicosis; el volumen asistido desde el comienzo del programa supera los 900 pacientes; 2º) sobre esa rica experiencia asistencial, la actividad docente incluye los cursos semanales de introducción a las diversas modalidades de psicoterapia que se realizan en el servicio —para residentes y posgrados— y la formación en servicio de decenas de psicoterapeutas; 3º) el amplio desarrollo de la investigación que agrega a la metodología clásica, metodologías inspirada en la epidemiología y en el ensayo clínico. Estos equipos han presentado o publicado trabajos científicos algunos de los cuales han merecido una buena valoración por árbitros externos (tres de ellos han sido premiados, uno de los proyectos de investigación también fue premiado y otro mereció la aprobación académica de la CSIC).

Esta línea de trabajo, que conjuga el interés social con la estrategia de desarrollo de la Clínica, ha logrado desarrollar con efectividad los objetivos que se propuso. Corresponde perfeccionarla y sobre todo extender el modelo al resto del sector público y cooperar en su desarrollo en el sector de instituciones de asistencia colectivizada que carecen por completo de programas de este tipo.

Programa 4.0 Extensión Universitaria

La asistencia a la población ha sido la tarea de extensión universitaria característica de la Facultad de Medicina. Desde luego que la asistencia no agota las perspectivas de la extensión universitaria pero las cubre en buena medida.

Dos grandes carencias en la tradición de nuestra Facultad —y en general en la medicina nacional— deben ser señaladas: el privilegio casi exclusivo otorgado al “momento curativo” con escaso desarrollo de la atención primaria y la rehabilitación. La Clínica Psiquiátrica ha comprendido con claridad estas carencias, pero sus desarrollos en ambos aspectos son aún incipientes. Debe señalarse que los cursos de emergencia en psiquiatría para personal de salud, los cursos de psicoeducación para familiares de pacientes con esquizofrenia y para personal de salud y los abordajes psicosociales apuntan en esa dirección. En los próximos años deberá ponerse énfasis en el desarrollo de estas propuestas y en estudiar en profundidad los caminos para desarrollar la inserción en los programas comunitarios.

Deberán concebirse, además, proyectos dirigidos a abordar problemas como el de la violencia —demanda social urgente e ineludible— donde la psiquiatría y la salud mental han hecho poco, aún cuando ellas están siempre implicadas en las consecuencias y casi siempre en los fenómenos que la motivan.

En suma, más que un programa, existe en este sector una diversidad de problemas complejos y aún no abordados que merecerán la mayor atención del colectivo de la Clínica.

Finalmente debemos señalar que el factor decisivo para realizar el Proyecto y los Programas Operativos de la Clínica Psiquiátrica es la construcción de un cuerpo docente de alta calidad. Esta calidad incluye varias dimensiones: el compromiso consciente con las transformaciones que se están transitando, la clara comprensión de que el destinatario principal de nuestro quehacer es la población y que los legítimos intereses académicos deben reconocer esa prioridad, la autonomía respecto de cualquier interés sectorial de la sociedad — que se funda en la capacidad de crítica y autocrítica, es decir en la “libertad de cátedra”—, las bondades científico-técnicas y la iniciativa creadora. Una de las mayores dificultades para consolidar estos valores tiene que ver con la mala calidad de los contratos docentes. El 96% de los docentes de la Facultad no tienen como actividad principal sus tareas docentes y esto también es así en la Clínica Psiquiátrica.

En mi opinión, un camino razonable para comenzar a superar este escollo es constituir un núcleo docente de alta dedicación, compuesto por cuatro o cinco docentes; la Clínica quedaría integrada, así, por ese núcleo, un sector docente en las condiciones habituales de contrato y un grupo de docentes vinculados en las condiciones del “Reglamento para la Adjudicación, Renovación y Ejercicio de Funciones de Colaboración Honoraria en los Servicios Docentes de la Facultad de Medicina”.

En los próximos dos años deberíamos contar con uno o dos Asistentes, uno o dos Profesores Adjuntos y dos docentes del nivel superior en condiciones de alta dedicación. Las posibilidades de financiar estos contratos, en las actuales circunstancias, tiene las siguientes alternativas que se podrían emplear en forma combinada: incremento del presupuesto de la Clínica, aportes extra presupuestales y “compactación” de cargos. En los hechos el servicio ha empleado los dos primeros: el cargo de Profesor Agregado provisto hace dos años fue llamado con 40 horas y dedicación compensada (incremento presupuestal) y el Coordinador del Programa 1.0 fue provisto con rubros generados por la propia Clínica (autofinanciación). En estas condiciones corresponde que el Profesor Director se desempeñe con un contrato de amplia dedicación (preferentemente dedicación total o en segunda opción jornada de 40–48 horas con dedicación compensada).

Por último, en relación a las funciones de Profesor Director, es conocida mi opinión — sostenida desde hace muchos años en diversos ámbitos de la Facultad— que deberían separarse las funciones de Profesor Titular (cuya tarea debería estar dedicada a la actividad docente asistencial y de investigación) y las funciones de Dirección (que con ventajas en la

iniciativa renovadora debería ejercer un docente con menor antigüedad). En estos años, y en los hechos, eso ha estado sucediendo a través de la descentralización y de la delegación de funciones; esta experiencia ha sido muy positiva y la redistribución de responsabilidades ha sido un factor muy importante en el desarrollo de *los* diversos programas de la *clínica* y en la calificación de los docentes jóvenes.

Referencias

1. **Ginés AM.** La Facultad de Medicina en el camino de las transformaciones en psiquiatría y salud mental. Rev. Med. Uruguay 1989; 5:61–65.
2. Resumen del estado actual del servicio de psiquiatría de la Facultad de Medicina (informe elaborado por A.M.Ginés), elevado al Sr. Decano de la Facultad de Medicina en 1993.
3. **Murguía DL, Soiza Larrosa A.** Desarrollo de la psiquiatría en el Uruguay. Revista de Psiquiatría del Uruguay, LII: 169–179, 1987.
4. **Barrán JP.** Historia de la sensibilidad en el Uruguay. Tomo 1 y 11(1990). Ediciones de la Banda Oriental, Montevideo.
5. **Barrán JP.** Medicina y Sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo 1(1992), Tomo 11(1993) y Tomo III (1995). Ediciones de la Banda Oriental, Montevideo.
6. **Lasch C.** The Culture of Narcissism. Warner Books; New York, 1979 (comentado por G. Lipovestky en La Era del Vacío (7).
7. **Lipovetsky G.** La Era del Vacío. Editorial Anagrama. Barcelona, 1986.
8. Declaración de Uruguay. Encuentro Continental de Educación Médica, organizado por ALAFEM y FEPAFEM, Punta del Este, 1994.
9. Programa Nacional de Salud Mental. Ministerio de Salud Pública, 1986.
10. Inserción de la Salud Mental en la estrategia de Atención Primaria de la Salud. M.S.P. – Fac. de Medicina, 1988.
11. Reestructura de la Psiquiatría en los Hospitales Generales. M.S.P. –Fac. de Medicina, 1988.
12. Deshospitización de pacientes psiquiátricos. Directivas generales. A.S.S.E., 1989.
13. **Carlevaro PV.** Algunas reflexiones sobre el Programa APEX. Educación y Derechos Humanos, N° 17, nov. 1992.
14. Red de servicios de salud mental coordinados y complementados para el Departamento de Montevideo. Ministerio de Salud Pública (A.S.S.E.), Patronato de Psicópatas y Área de Salud Mental (Facultad de Medicina), 1992.
15. Psicoterapias en el hospital universitario, IV Congreso Uruguayo de Psiquiatría, 1988.

16. **Fernández A, Montado G, González JC, Perelman J, Palermo A, Ginés AM.** Psicoterapia Psicoanalítica en el Hospital de Clínicas. Estudio crítico de cinco años de actividad. La Neurosis Hoy, Edición de la A.P.U., Montevideo, 1993, 21 5--22 1.
17. **Palleiro E.** Alternativas técnicas y consideraciones psicopatológicas en la psicosis. Primer Premio Sociedad de Psiquiatría, 1995.
18. **Arduíno M, Cáceres D, 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.
19. **Ginés AM.** Población internada en el sector estatal (1788 – 1993). Sociedad de psiquiatría; Actividad de Educación Continúa, nov. 1993.
20. **Fernández M, Labarthe A.** Curso de Psicoeducación en esquizofrenia para personal de salud mental. Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina (Clínica Psiquiátrica) – Hospital Psiquiátrico, 1994.
21. **Carlevaro PV.** Propuestas operativas efectuadas por el Decano de la Facultad de Medicina en relación con el desarrollo, en 1990 del Programa Nacional de Salud Mental. Fac. de Medicina, 1990.
22. Convenio para desarrollar la complementación docente asistencial entre el Ministerio de Salud Pública y la Facultad de Medicina en el Área de la Salud Mental. A la firma por ambas instituciones desde 1990.
23. Declaración de Caracas. Conferencia sobre Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina. Caracas, Venezuela; nov. 1990.
24. Ordenanza para el ordenamiento de los servicios de la Facultad de Medicina en áreas. Actas Fac. de Medicina.
25. Programa de salud mental del Hospital de Clínicas. Primeras Jornadas Internas de Psicoterapia de la Clínica Psiquiátrica, 1991: 59–79.
26. **Ginés AM.** Posibilidades de interacción entre el psicoanálisis y los servicios docente–asistenciales de salud mental. Temas de Psicoanálisis, Año VII N° 13: 47–58; Montevideo, 1990.
27. **Ginés AM.** Estado actual de la enseñanza de la psiquiatría en Ciclipa II. Jornadas Científicas en Psiquiatría y Jornadas del D.E.M., 1992.
28. **Ginés AM.** Autoevaluación del servicio de psiquiatría por docentes y residentes. Jornadas Científicas en Psiquiatría y Jornadas del D.E.M., 1992.
29. Informe elevado por el Director de la Clínica Psiquiátrica sobre publicaciones, conferencias, ponencias, cursos seminarizados y eventos organizados por el servicio en

los últimos cinco años, 1996.

30. Documento sobre Políticas para el Cambio y el Desarrollo de la Educación Superior. UNESCO, 1995.
31. Programa para el desarrollo de la investigación y la incorporación de metodología científica apropiada a las diversas funciones de la Clínica Psiquiátrica. Propuesta aprobada por el Consejo de la Facultad de Medicina, 1996.
32. **Probst E.** Plan de posgrado en psiquiatría. Elevado al Consejo de la Facultad y a la Escuela de Graduados, 1989.
33. **Rígoli F.** Demandas asistenciales y número óptimo de médicos: una comparación internacional. Rev. Méd. Uruguay, 1991; 7: 80–82.
34. Declaración de la Clínica Psiquiátrica en relación a los problemas de notoriedad en el Hospital Psiquiátrico Musto, 1/8/1996.
35. **Royere MR.** Planificación Estratégica en Recursos Humanos en Salud. O.P.S. 1993.
36. Evaluación de la Calidad de la Atención en Salud Mental. Lista de Componentes Básicos, Definiciones y Cuestionario. O.P.S. – O.M.S. 1994.

