

Momentos importantes estamos viviendo en la Salud Mental y la Sociedad de Psiquiatría está participando activamente.

Como ya informáramos en el boletín anterior, todas las organizaciones que nuclean psiquiatras en Uruguay comenzamos a reunirnos desde fines del año pasado, a partir de las Jornadas de la Clínica Psiquiátrica. Nos planteamos un trabajo que rescate el espíritu del Plan de Salud Mental del año 1986, con la necesidad de una reforma profunda e integral de los aspectos normativos, técnicos y asistenciales vinculados a la misma. Es así que convocamos a participar en diferentes grupos de trabajo: Sistema Nacional de Cuidados, Reordenamiento de los Servicios, Prevención y Promoción y Derechos y Estigma en Salud Mental.

1 En marzo del corriente fuimos recibidos por el Ministro de Salud Pública Dr. Jorge Basso, la Subsecretaria Dra. Cristina Lustenberg y el Director del Programa de Salud Mental Dr. Ariel Montalbán en una reunión que consideramos positiva y en donde quedamos comprometidos en implementar una agenda de trabajo. Al poco tiempo, en cumplimiento de la solicitud del Sr. Ministro de Salud Pública, recibimos invitación a participar en la elaboración de los lineamientos de un Proyecto de Ley de Salud Mental para Uruguay en un plazo de tres meses, junto a numerosas organizaciones sociales y académicas vinculadas al tema. Se conformaron seis grupos de trabajo de la Comisión Asesora Técnica Permanente (CATP) del Programa Nacional de Salud Mental, que se centraron en las temáticas de: **Promoción y prevención de salud mental; Sistema de atención de los servicios de salud mental** (promoción del modelo comunitario de atención, organización de la red, dispositivos, accesibilidad);

Mecanismos de supervisión y revisión (ingreso y tratamiento involuntario, órgano de regulación y supervisión, garantías de cumplimiento de los derechos); **Derechos de los usuarios, familiares y cuidadores** (acceso a la información, confidencialidad, condiciones de los servicios de salud mental, Curatela; **Abordaje intersectorial** (garantizar el ejercicio de todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales. Disposiciones relativas a la educación, vivienda, empleo y seguridad social) y **Recursos humanos, evaluación e investigación** (acreditación, capacitación, evaluación de la salud mental de la población. evaluación, investigación y generación de evidencia científica sobre las estrategias implementadas y las intervenciones terapéuticas).

Dichos grupos integrados por un coordinador designado por el MSP y un representante por cada Institución sesionaron desde la semana del 11 de mayo al 12 de junio, culminando con un Plenario final en donde quedaron marcados los acuerdos y los disensos.

Desde la Sociedad de Psiquiatría se conformó un equipo de trabajo que participó en los diferentes grupos y desde ya quiero destacar y agradecer el compromiso y apoyo de todos sus integrantes con quienes hemos compartido horas de trabajo y dedicación. Gran parte del material trabajado está plasmado en esta Editorial.

Queremos destacar que hubo acuerdo general en la necesidad del cambio de modelo de atención en Salud Mental donde se procurará el desarrollo de un modelo comunitario de atención, en el marco del SNIS que garantice la continuidad y calidad del proceso asistencial. Dicho modelo debe implicar la creación de un sistema de atención estructurado por

niveles de complejidad: puerta de entrada en el primer nivel de atención, hospitalización en instituciones y sanatorios polivalentes y la definitiva superación del modelo asilar articulando la limitación del ingreso de nuevos usuarios a las Colonias Psiquiátricas con la creación de estructuras alternativas. La utilización en forma coordinada de los recursos existentes y los que se vayan a crear y la reglamentación y supervisión de los dispositivos con estándares de calidad serán sus características.

Uno de los temas en el cual hubo mayor disenso fue el referente a las internaciones involuntarias y el mecanismo de supervisión y revisión. Desde la Sociedad de Psiquiatría afirmamos que la enfermedad mental conlleva cierto grado de restricción de la libertad individual – al igual que toda afectación de la salud –, con alteración de la autonomía. Esta restricción es mayor en situaciones de urgencia que implican riesgo para el paciente o su entorno inmediato. La puesta en marcha de medidas médicas de protección al paciente y su entorno no deben verse obstaculizadas por disposiciones que intentando defender los derechos de los pacientes dificultan el derecho fundamental para el paciente en ese momento a una atención oportuna y eficaz.

Acordamos con la importancia del trabajo en equipo en el tratamiento de un paciente, pero destacamos que la enfermedad mental descompensada requiere la intervención especializada, con competencias específicas. Por lo tanto, **la decisión de internación es inherente al médico psiquiatra** en función de su idoneidad técnica, su adecuada formación en el manejo clínico de situaciones de urgencia y sus responsabilidades médico legales. El mecanismo de supervisión y revisión

a crear no debe llevar a la desviación de recursos asistenciales (siempre insuficientes), las demoras por trabas burocráticas, la limitación en la práctica médica de urgencia, y la posibilidad de desamparo para el paciente y su familia.

Destacamos que el primer **derecho de un usuario es a ser bien tratado**, y tener acceso al mejor tratamiento del sistema de salud de acuerdo a sus necesidades. Debe establecerse un mecanismo para asegurar una hospitalización de calidad, asegurando que se cumplan los procesos establecidos para que se realice de manera correcta. La internación involuntaria se realizará cuando, una vez realizada una valoración médico psiquiátrica se constata una patología que implique **riesgo del paciente para sí y/o para terceros**, y siempre que no exista otra medida terapéutica que determine un beneficio mayor que dicha internación, considerando que de no realizarse puede empeorar el pronóstico del paciente. Bajo ningún concepto lo consideramos una vulneración de los derechos humanos, sino todo lo contrario se considera un mecanismo de protección hacia el paciente. Se mantiene la firma de dos médicos uno de los cuales debe ser médico psiquiatra y se debe dar aviso en un plazo de 24 hs. El plazo de las internaciones estará sujeto a la evolución de la patología.

El órgano de revisión debe velar y proteger los derechos de los pacientes con patología mental. Debe supervisar e inspeccionar los diferentes ámbitos de asistencia y el accionar de todas las personas que intervienen en el proceso. Se deberá tener especial atención en las internaciones involuntarias en las cuales exista una denuncia por parte de

cualquiera de los actores involucrados, en internación indicada por Juez sin evaluación por parte del médico psiquiatra, en las que los familiares no están de acuerdo o en las que no existe familiar o referente o cuando la internación por firma de dos médicos se prolonga por ejemplo más de 30 días.

Consideramos que el órgano de revisión debe estar en la órbita del MSP y alineado a su función de rectoría y deberá estar integrado por dos médicos psiquiatras (uno de SPU y otro de Clínica Psiquiátrica), un médico legista, un Licenciado en Enfermería, un Licenciado en Psicología, un Licenciado en Servicio Social, un representante de los usuarios y un representante de los familiares. El mecanismo de acceso a los cargos técnicos deberá ser a través de un llamado a concurso de oposición y méritos.

En otro orden de cosas, el pasado 6 de mayo, el Sindicato Médico del Uruguay y las Sociedades de Psiquiatría de Adultos y Pediátrica junto con el Ministerio de Salud Pública y las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, firmaron el acuerdo de Cargos de Alta Dedicación para Psiquiatras de adultos y de niños. Dicho acuerdo representa una oportunidad para la mejora en los servicios de Psiquiatría a partir de la racionalización del mercado de trabajo, mejorando los salarios de los especialistas, concentrando la carga horaria en un solo lugar, otorgando tiempo de capacitación, reuniones de equipo, tiempo para el traslado a los sanatorios y estableciendo tiempos para las entrevistas en los mismos. Cumplen también con el objetivo de mejorar la calidad de atención y la calidad de vida del profesional, brindando las herramientas para mejorar la gestión de las instituciones, y la mejora en la atención

del usuario. Sabemos que mucho queda por mejorar en las condiciones de dicho acuerdo pero es un puntapié inicial que se irá evaluando y mejorando a medida que se vayan instrumentando. **Solicitamos a todos los socios que se les ofrezca un cargo de alta dedicación, concurren al SMU y SPU a asesorarse y para corroborar que dicho contrato se adecue a las condiciones pautadas.**

No quiero finalizar esta editorial sin manifestar nuestro apoyo a los colegas que trabajan en las Colonias Psiquiátricas, conociendo las dificultades a las cuales se ven enfrentados en forma frecuente y reiterar que continuaremos trabajando por una mejor calidad asistencial.

Como lo expresé al principio, en un momento único donde la Sociedad de Psiquiatría ha logrado marcar una presencia seria, con compromiso y conceptos muy claros, priorizando el respeto de los derechos humanos de los pacientes y la mejora de la calidad asistencial. Mucho queda por hacer, invitamos a todos a sumarse!

Dra. Cecilia Idiarte Borda
Presidente

Cargos de Alta Dedicación en Psiquiatría

Luego de intensas y complicadas negociaciones durante varios meses por los Cargos de Alta Dedicación en Psiquiatría (CAD), la Asamblea de la Sociedad de Psiquiatría aprobó el acuerdo que negociamos junto al SMU y SUPIA con las instituciones de asistencia de Montevideo, FEMI y el MSP.

Desde la SPU se invitó a todos los socios a participar en la Comisión de Seguimiento de las negociaciones de los CAD durante el transcurso de las mismas, recibiendo así el aporte de varios colegas.

La propuesta de los CAD tiene como objetivos primordiales mejorar la calidad asistencial y conseguir para el médico una mejor calidad de vida, una jornada laboral que permita al profesional, no solo el cumplimiento de su labor asistencial, sino que también contar con tiempo de capacitación a la vez que permitir desarrollar otras actividades, tiempo para su familia y actividades de recreación.

El acuerdo, cuyo texto fuera enviado a todos los socios de la SPU, tiene aspectos cualitativos (condiciones de trabajo) y cuantitativos (salariales) que implican la concreción de viejas reivindicaciones del gremio médico.

Los aspectos cualitativos: concentración de trabajo en una sola institución, con una carga horaria que incluye tiempo de atención a pacientes en policlínica, emergencia, domicilio y sanatorio psiquiátrico y general, tiempo dentro de su carga horaria para actividades de educación médica y reuniones de equipo.

Los cargos, de 40 a 48 hs semanales establecen:

- un mínimo de 20 % de horas de policlínica. En el acta de la CAM del 6 de agosto del 2014 se establece que para Psiquiatría de Adultos, las instituciones podrán optar para la atención en policlínica por 4 pacientes por hora y doble turno en primera consulta o 3 pacientes por hora sin doble turno en la primera consulta.
- un máximo de 84 horas de retén (se establece en el documento que 3 horas de guardia de retén se computan como una hora "presencial"; dicho de otro modo, las 84 horas aludidas equivalen a 3 días y medio de guardia de retén semanal, como máximo. Se debe tener en cuenta en este caso, que en guardias con alta frecuencia de llamados, el colega podrá optar por un régimen de guardia "presencial" de común acuerdo con la institución.
- Tiempo mínimo para entrevistas de sanatorio general y psiquiátrico.
- Tiempo de traslados a sanatorios que se computa dentro de la carga horaria.
- 2 horas semanales de Educación Médica Continua (pueden agruparse también mensualmente dependiendo de las actividades)
- 1 hora semanal de reunión de equipo (pueden agruparse 2 horas, bisemanales).

Los aspectos salariales:

El precio total de la hora a valores de julio de 2014 (ajusta a partir de 1 de julio de 2015) es de \$U 875 nominales. Este valor tiene un componente fijo y otro variable establecido por acuerdo del Consejo de Salarios de 2012, que estableció pautas que alcanzan al presente acuerdo.

Las guardias de retén significaron otro punto particularmente difícil de la negociación dado que somos la primera especialidad que negocia esta actividad.

La propuesta inicial de la FEMI era un componente fijo de 40% y 60% de variable con 10 pacientes por período de guardia de 12 horas. A esto el MSP propone invertir los números y dejar el componente fijo de 60% y variable de 40% logrando el cobro del 100 %, manteniendo los 10 pacientes en periodos de 12 horas. Los porcentajes conseguidos luego de la asamblea de nuestra Sociedad que había mandatado a los negociadores a mejorar dicha propuesta, quedó en un 65 % para el componente fijo y 35 % el componente variable, logrando disminuir el número de pacientes a 6 en un período de 12 horas (contabilizados mensualmente).

Nos opusimos en forma tajante a seguir incorporando indicadores cuantitativos, en este caso en la guardia de retén, para establecer el 100% del cobro de la hora de trabajo (componente fijo + variable). Entendemos y así lo manifestamos, que es necesario incorporar indicadores de calidad; que sea el cumplimiento de indicadores de calidad la que implique el cobro del 35% variable, pero no era posible la implemen-

tación inmediata de los mismos, ya que normativa previa de Consejo de Salarios, como dijimos, constituye el acuerdo marco que estableció indicadores cuantitativos que eventualmente podrán modificarse en la próxima negociación.

Las fortalezas, las dudas....

En la última asamblea se manifestaron dudas respecto de la conveniencia de la firma del presente acuerdo. Los argumentos que se manejaron eran los siguientes:

- representaba una disminución en el valor hora de policlínica.
- que es fundamental saber cuántos CAD debería tener cada institución o cada cuantos socios se habilitaría un cargo CAD
- que esto puede implicar pérdidas de fuentes de trabajo para los psiquiatras.
- que concentrar la carga horaria en una sola institución implica quedar “jugados” al destino de esa institución y por lo tanto imposibilitados de “repartir los huevos en varias canastas”.
- que en última instancia “el multiempleo no es tan malo”

A esto debemos decir que:

Este documento representa el marco general que concreta una nueva organización del trabajo médico, racionalizando la actividad profesional de la especialidad. Apunta como fue dicho a mejorar por una parte la calidad de vida de los médicos y genera la

oportunidad de trabajar poniendo la mira en la mejora continua, en la calidad asistencial con posibilidades de implementar Unidades de Gestión Clínica, en Procesos Asistenciales Integrados y en Carrera Profesional (que los mejor capacitados lo acrediten y por ello obtengan mayor salario). Con el sistema de trabajo actual es IMPOSIBLE establecer estos ejes de calidad.

La implementación de los CAD será progresiva, implicará un ajuste del mercado de trabajo, que en su evolución, compensará las “pérdidas” de horas de suplencias ocasionadas por la progresiva incorporación de un CAD, con las horas que “deja libre” ese mismo colega con CAD en otras instituciones, por no poder cumplir con ellas por las exigencias de su nueva carga horaria. Además, cuando se produzcan “suplencias,” serán de estos cargos, lo que implicarán una carga horaria considerable de suplencias.

Frente a los argumentos de seguridad de la fuente de trabajo por “reparto de riesgo” trabajando en varias instituciones decimos que hace más de 10 años que no asistimos a quiebres institucionales y no hemos tenido pérdidas de fuentes de trabajo médicas en dicho período.

El otro argumento de que el multiempleo es beneficioso es una afirmación que puede surgir del desconocimiento y acostumbramiento a un sistema de trabajo médico que está todavía muy rezagado con lo que son los desarrollos actuales de organización y gestión.

Nada nos aporta el cien por ciento de seguridad, pero las fortalezas de la propuesta

que implican beneficios para el profesional, para la organización del sistema sanitario y en definitiva para el paciente, hace que valga la pena seguir este camino.

Pero justamente eso, es un camino, no es un punto de llegada, es otro punto de partida. Esta es la base sobre la cual debemos hacer el seguimiento de la marcha de este nuevo sistema, corregir los errores que se constaten, seguir haciendo propuestas para mejorar las condiciones de trabajo, el salario y calidad asistencial y profesional. Para eso es imprescindible la participación y una cuota de esfuerzo continuado para elaborar esas propuestas y poderlas sostener y negociar desde posiciones de fuerza.

Pedimos a los colegas que concurran a la SPU donde podrán asesorarse cuando se les ofrezca un CAD.

Quedan también tareas para llevar adelante, debemos pensar en los indicadores de calidad que deberemos negociar próximamente. Se agrega además una nueva ronda de negociación en el Consejo de Salarios y estamos con una nueva Ley de Salud Mental en ciernes. Es un tiempo de cambios. El signo de ellos depende de nosotros.

Dr. Ricardo Acuña

Comunicado

La Sociedad de Psiquiatría del Uruguay desea comunicar a la población que se encuentra participando de las reuniones de trabajo convocadas por el Sr. Ministro de Salud Pública, Dr. Jorge Basso, con la coordinación del programa de Salud Mental junto a numerosas organizaciones sociales y académicas vinculadas al tema. Reafirma su compromiso con la población en general y los pacientes en particular en impulsar los cambios.

El objetivo, de acuerdo a lo manifestado por el Sr. Ministro, es acordar lineamientos para una futura Ley de Salud Mental que implique el comienzo de los cambios necesarios para la protección de los derechos de los pacientes, la equidad en las condiciones de asistencia de calidad, el acceso a programas de rehabilitación y psicoterapia.

La SPU entiende que en la futura ley deben contemplarse los siguientes lineamientos:

1. Priorizar el respeto de los derechos humanos de los pacientes y la mejora de la calidad asistencial.
2. Diseñar un sistema de atención estructurado por niveles de complejidad a los cuales se deberán asignar las funciones específicas y los equipos correspondientes.
3. Cerrar todo ingreso a las colonias de alienados.
4. Concomitantemente con lo anterior, deben implementarse en forma gradual, diferentes servicios de larga estadía, insertos en la comunidad, que evite el desarraigo de los pacientes, con no más 12 camas y que cuenten con supervisión técnica y actividades de rehabilitación, con criterios estrictos de ingreso y calidad en las prestaciones.
5. Complementar las acciones de reforma de los servicios asistenciales en salud Mental con planes de Prevención y Promoción en Salud Mental, Derechos y Estigma en Salud Mental y Sistema de Cuidados y Salud Mental.
6. Establecer una instancia intersectorial con participación de diferentes ministerios e instituciones públicas (Vivienda, Trabajo, Educación, Justicia, Parlamento entre otros)

Declaración de APAL

En el marco de la LXX CONFERENCIA ANUAL DE PSIQUIATRÍA SONEPSYN (Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía) de Chile y la II Conferencia Regional del Cono Sur APAL, del 11 al 13 de junio en Santiago de Chile, se realizó un Simposio APAL sobre “Políticas de uso de Cannabis” en donde los presidentes de las Sociedades de Psiquiatría Latinoamericanas y de España presentaron la situación en sus respectivos países.

Dada la importancia del tema, previamente a la reunión se estuvo trabajando e intercambiando varios documentos entre los participantes, para que las Sociedades miembros de APAL pudieran realizar una Declaración al respecto de este tema.

Así, luego de que se consensuó y firmó entre los presentes, se concluyó en la siguiente Declaración que difundimos desde la Sociedad de Psiquiatría para conocimiento de la comunidad.

Asimismo, el Dr. Rodrigo Córdoba Rojas, Presidente de APAL, se comprometió a compartir esta Declaración con las Sociedades que no pudieron participar en la Reunión mencionada, para también lograr una amplia difusión de la misma en lo que respecta a todos los países integrantes de APAL.

DECLARACIÓN APAL 2015

En el marco de la discusión que se ha generado en nuestros países con relación a cambios legislativos sobre uso de cannabis, las Sociedades de Psiquiatría Latinoamericanas y de España, convocados por la Asociación de Psiquiatría de América Latina declaramos:

Como comunidad científica abocada a la información, educación, prevención y tratamiento de la patología mental, informamos que el consumo de cannabis implica riesgos y no es inocuo a la salud mental, particularmente en la población infanto juvenil. Nos preocupa la disminución de la percepción de riesgo sobre este tema, que se ha instalado en la población general.

Las personas consumidoras de cannabis que presentan patología mental deben ser atendidas en los servicios sanitarios de nuestros respectivos países.

En este momento los hallazgos científicos que respaldan el uso terapéutico de cannabis, si bien es cierto existen, son insuficientes y consideramos que se debe profundizar la investigación que los respalde.

Consideramos fundamental que en el marco de la discusión de políticas públicas sanitarias en nuestros países, las sociedades científicas seamos convocadas a participar activamente en la toma de decisiones.

**Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL)
Santiago de Chile, junio 12 de 2015**

Curso de EMC: “Medicina Forense: Conceptos Jurídicos de Interés para el Psiquiatra”

Los días viernes 29 y sábado 30 de mayo se realizó en el Centro de Capacitación Kolping, el curso “Medicina Forense: Conceptos Jurídicos de Interés para el Psiquiatra”, primera actividad de Educación Médica Continúa del año.

El día viernes 29, tuvo lugar la conferencia del Profesor Director del Departamento de Medicina Legal, Dr. Hugo Rodríguez Almada, titulada “Conceptos importantes en el ámbito Forense y de la Ética”. Posteriormente tuvo lugar una amplia discusión con el público. Se contestaron preguntas e intercambiaron comentarios y opiniones con el Disertante en un ambiente crítico y ameno.

El sábado 30 de mayo, expuso la Profesora Directora de la Clínica Psiquiátrica, Dra. Stella Bocchino, sobre conceptos psiquiátricos

forenses, modo de realizar la actividad pericial: entrevista e informe pericial, las leyes que rigen estas actividades en el ámbito civil y en el penal. Se trabajó en la modalidad de taller, en los cuales se plantearon y discutieron casos de la práctica clínica real en sus diferentes ámbitos (emergencia, internaciones, peritaciones). Se realizó luego un plenario, donde se abrió un participativo intercambio, donde se evacuaron dudas y donde se intercambiaron comentarios y opiniones con el público.

Se llevaron a cabo todos los pasos programados sin dificultades. Queremos destacar el excelente aporte de los conferencistas, siendo una actividad que despertó gran interés entre los participantes.

Comité de Educación Médica Continua



Sociedad de Psiquiatría del Uruguay

Montevideo - Uruguay | Teléfono: (598) 2401 4701* int. 160 | Fax: (598) 2402 0172
E-mail: socpsiquiatria@spu.org.uy | Sitio web: <http://www.spu.org>

Comisión Directiva (2013-2015)

Presidente

Dra. Cecilia Idiarte Borda.

Vicepresidente

Dr. Luis Eduardo Villalba

Secretaria

Dra. Mariela Bonilla

Tesorera

Dra. Soledad García

Vocales

Dra. Rosario Oyenard

Dr. Gastón Ricci

Dra. María del Carmen Curto

III Coloquio Franco-Rioplatense "Adolescencias: textos y contextos"

28 y 29 de agosto 2015 - Edificio Polifuncional José Luis Massera. Fac. de Ingeniería Udelar

Los invitamos a pensar juntos *las adolescencias* a través de relatos de casos presentados por psicoanalistas y profesionales de otras disciplinas. En el ámbito de 18 talleres y 4 plenarios dialogaremos acerca de problemáticas como: *el tiempo y espacio, la sexualidad, el cuerpo y el erotismo, la tensión entre lo psíquico y lo social, marcos educacionales. La imagen, lo virtual, la comunicación, la creatividad, las problemáticas graves, las conductas extremas y el suicidio.*

Han confirmado su participación: desde Francia: J. Y. Chagnon, F. Houssier, D. Lauru, A. Konicheckis, M. Haza, E. Caulle, D. Drieu; desde Argentina: Beatriz Janin, Silvia Morici, G. Donzino y de Uruguay: Marcelo Viñar, N. Bagattini, A. Busto, M. Filgueira, Javier García, Irene García, Víctor Guerra, Ana Lía López, Luisa Pérez, Ema Ponce, Adriana Ponzoni, Carmen Rama, Damián Schroeder, Julio Seigal, Miguel Silva, Aurora Sopeña.

Visite nuestro sitio donde encontrará información sobre autores, trabajos, programa e inscripciones: www.3coloquiofrancorioplatense.org

Asociación Psicoanalítica del Uruguay - Canelones 1571, Montevideo -2410 7418 – www.apuguay.org



campbell
CONSULTORIOS

Cinco consultorios de distintas dimensiones para alquilar por hora.

Una opción para profesionales que procuran un lugar que les ofrezca el contexto óptimo para desarrollar su trabajo.



Ubicado en la zona residencial de **Parque Battle**, que combina un **entorno agradable y silencioso** para el trabajo profesional con amplios servicios en la zona, facilidad de estacionamiento y cómodo acceso tanto al transporte urbano como a la terminal Tres Cruces.

