

## **Desafíos de las organizaciones de salud mental uruguayas ante los cambios de los paradigmas de atención: el caso de un hospital psiquiátrico uruguayo**

*Challenges for Uruguayan mental health organizations in face of changes  
in the paradigms of care*

Francisco Pucci<sup>1</sup>

Recibido 26 de mayo de 2021; aceptado 7 de septiembre de 2021

### **Resumen**

El trabajo se plantea discutir la articulación entre los diseños organizacionales de las instituciones de internación psiquiátrica del Uruguay con el cambio de paradigma de modelos de atención a la salud mental que se vienen procesando en este país en los últimos años. La investigación está centrada en el Hospital Vilardebó, principal institución de internación psiquiátrica del Uruguay. El diseño metodológico de la investigación se basó en la utilización de técnicas de tipo cualitativo para la recolección de datos. Las mismas se realizaron a informantes calificados y a personal médico y no médico del Hospital. Los resultados de la investigación muestran que el Hospital Vilardebó, como institución de salud mental, tiene una lógica de funcionamiento donde se prioriza la atención al paciente en los marcos de la institución, en tanto el nuevo paradigma de atención de salud mental apunta a la descentralización de la atención médica para las personas que padecen enfermedades mentales.

**Palabras clave:** Organización, Gestión de los Recursos Humanos; Salud Mental; Política Gubernamental  
**Código JEL:** L78, O15

### **Abstract**

The work proposes to discuss the articulation between the organizational designs of the psychiatric hospitalization institutions in Uruguay with the paradigm shift in mental health care models that have been processed in this country in recent years. The research is focused on the Vilardebó Hospital, the main institution of psychiatric hospitalization in Uruguay. The methodological design of the research was based on the use of qualitative techniques for data collection. They were made to qualified informants and to medical and non-medical personnel of the Hospital. The research shows that the Vilardebó Hospital as a mental health institution has an operating logic where patient care is prioritized within the institution's frameworks, while the new paradigm of mental health care points to the decentralization of medical care for people with mental illness.

**Keywords:** Organization; Management of human resources; Mental Health; Government policy  
**JEL Code:** L78, O15

.....

<sup>1</sup> Profesor titular. Departamento de Sociología Facultad de Ciencias Sociales UDELAR. Dr. en Sociología por la Universite Lumiere Lyon II. Áreas de investigación: Sociología del Trabajo y las Organizaciones. [francisco.pucci@cienciasociales.edu.uy](mailto:francisco.pucci@cienciasociales.edu.uy)  
<https://orcid.org/0000-0001-5152-1816>

## Introducción

Este trabajo se propone exponer los resultados que surgen del análisis organizacional realizado en el Hospital de Vilardebó, el único hospital de internación especializada en psiquiatría del Uruguay. La pregunta central que se plantea la investigación es cómo se articulan los diseños organizacionales del Hospital Vilardebó, su lógica de funcionamiento, las relaciones laborales y la cultura de la organización, con el cambio de paradigma de los modelos de atención a la salud.

Las preguntas específicas que se planteó la investigación son las siguientes:

- ¿El diseño organizacional del Hospital Vilardebó es un freno o un catalizador de las nuevas políticas de salud?
- ¿Cómo se integran los diferentes actores del Hospital en el nuevo paradigma de atención?
- ¿Cuáles son los niveles de competencia social de los diferentes actores de la organización para establecer espacios de comunicación que permitan la comprensión recíproca
- ¿Qué cambios son necesarios en la cultura de la organización para que los nuevos modelos de atención sean eficientes?

El proyecto aborda las dificultades que tiene la implementación de un nuevo modelo de atención a la salud que modifica los supuestos sobre los cuales se articularon las prácticas profesionales y los modos de organización de las mismas hasta el presente. Estas realidades no necesariamente son específicas para el caso concreto del modelo de atención a la salud mental, sino que pueden ser extensibles a otras áreas de la salud.

## Antecedentes

El Hospital Vilardebó es el único hospital psiquiátrico de referencia nacional de la red de Administración de los Servicios de Salud del Estado (A.S.S.E.), brindando asistencia a usuarios de todo el país que presenten una enfermedad mental aguda, o crónica descompensada, que no pueda ser resuelta en otros niveles asistenciales; también atiende a ingresados por disposición judicial. Dicha institución ha sido el centro de atención a la salud mental más importante y con más tradición en Uruguay. Se inauguró en 1880 como «Manicomio Nacional» y es donde se inicia la psiquiatría nacional como especialidad, centrada en el modelo asilo--hospital propio de la época. Previo a esto, desde la época de la colonia y en la tradición religiosa española, la asistencia de los pacientes con trastornos mentales se brindaba en el Hospital de Caridad de Montevideo (Soiza Larrosa y Murguía, 1980; Casarotti, 2007).

El Hospital Vilardebó tuvo entre sus primeros pacientes a emigrantes europeos que tenían trastornos y alteraciones producidas por el alcohol u otras sustancias, y que eran considerados peligrosos por las autoridades. La llegada de los psiquiatras se produjo años después de la fundación del Hospital. El mismo se consideró desde

entonces como un referente nacional en el tratamiento de las enfermedades mentales, y etapa intermedia en el proceso de internación final de los mismos en las colonias psiquiátricas.

En plena dictadura militar, en el año 1980, las autoridades de la época intentaron cerrarlo y abrir un nuevo Hospital para tratamiento de la salud mental, el Hospital Musto. Numerosos colectivos profesionales, laborales y sociales se opusieron a su cierre. Posteriormente, el Hospital Musto fue cerrado y el Hospital Vilardebó se reorganizó en parte con psiquiatras que provenían de este hospital y en parte con nuevos psiquiatras, a los que se fueron agregando psicólogos y otros profesionales como trabajadores sociales, nutricionistas, etc.

La institución está conformada por un sector de emergencia, un sector de internación, un servicio de policlínica, un centro de rehabilitación y un equipo encargado de la internación domiciliaria. La policlínica brinda asistencia ambulatoria a 3.000 usuarios, con un promedio de 1700 consultas mensuales. Consta de médico psiquiatra, médico general, médico neurólogo, médico diabetólogo, licenciado en psicología, licenciado en enfermería, auxiliar de enfermería, licenciado en trabajo social, médico fisiatra y odontólogo. Cuenta también con dos grupos de Psicoeducación: uno para familiares de usuarios con psicosis esquizofrénica y el otro para usuarios y familiares de usuarios con diagnóstico de trastorno bipolar.

El objetivo del Hospital respecto al usuario es mejorar la evolución de la enfermedad, disminuyendo los episodios de descompensación y facilitando el funcionamiento y reinserción social. También se incluye el cumplimiento del tratamiento y la disminución y/o mejor afrontamiento de los estresores agudos o crónicos. Para los familiares de los pacientes, el objetivo se centra en disminuir la carga familiar, el estrés, el aislamiento y el estigma, y en mejorar la percepción de auto eficacia en el manejo de la enfermedad. En el día de hoy, el Hospital tiene un total de 300 camas de internación, incluyendo más de 100 de internación judicial, un servicio de urgencia que recibe un promedio de 70 consultas diarias y un servicio de policlínica. Mantiene un lugar central en la red de dispositivos asistenciales en salud mental y su transformación es clave para la reforma del modelo de atención en salud y específicamente, en salud mental.

Si bien el Hospital Vilardebó es un referente en materia de salud mental, también constituye un espacio de estigmatización para aquellos que se encuentran internados o en tratamiento en el mismo. La estigmatización es considerada por las autoridades como más dañina y permanente que la propia enfermedad mental. Esta visión estigmatizadora está presente no sólo en la sociedad en general, sino también en los gobernantes, decisores políticos, jefes y funcionarios del Hospital.

## **Propósito del estudio**

Uno de los aspectos más complejos y problemáticos del nuevo Plan de Salud Mental es que el mismo se inscribe en instituciones de internación psiquiátrica como el

Hospital Vilardebó, que funcionan según modelos y lógicas más centralizadas y con fuerte influencia de los entornos disciplinarios vinculados a la salud mental. En este trabajo, nos proponemos realizar un conjunto de consideraciones conceptuales sobre las características típicas de este tipo de organización y los desafíos que enfrentan, lo que supone recurrir a aproximaciones teóricas sobre el funcionamiento de las organizaciones complejas y las tensiones inherentes a las mismas. Estos desarrollos conceptuales pretenden servir de orientación teórica a las investigaciones que se realicen en las instituciones de internación vinculadas al Plan de Salud Mental.

Para alcanzar este objetivo, en primer lugar, desarrollaremos el marco político en el cual se inscribe la actividad del Hospital, en el cual se destacan las nuevas políticas en materia de salud y la nueva ley de salud mental, como hitos centrales que cuestionan las formas de organización y la propia viabilidad del Hospital. En segundo lugar, mostraremos los resultados de las entrevistas realizadas a informantes calificados y a funcionarios médicos y no médicos del Hospital, en las cuales se indagaron los problemas de funcionamiento del Hospital, sus fortalezas y sus debilidades para enfrentar los cambios de paradigma de atención en salud mental.

## Metodología de investigación

El diseño metodológico de la investigación se centró en la realización de entrevistas y la observación directa de los procesos de trabajo. También se recolectaron datos cuantitativos sobre características sociodemográficas del personal del Hospital. En este trabajo abordaremos, por razones de espacio, sólo los resultados que surgen de las entrevistas y de la observación directa. Las mismas se realizaron en dos etapas:

Primera etapa:

- Realización de entrevistas a informantes calificados para profundizar en los objetivos definidos anteriormente.
- Realización de entrevistas a directores de Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) y del Ministerio de Salud Pública División Salud Mental.
- Realización de entrevistas a dirigente sindicales del hospital y de ASSE

Segunda etapa:

- Realización de entrevistas individuales en los diferentes segmentos laborales de los sectores seleccionados.
- Realización de entrevistas colectivas con los diferentes segmentos laborales de los sectores seleccionados.
- Realización de observaciones directas sobre los procesos de trabajo.

El diseño de investigación para el análisis del Hospital Vilardebó se construyó sobre la base de entrevistas semiestructuradas, con pautas abiertas referidas al funcionamiento del Hospital y preguntas específicas para cada uno de los sectores.

Fueron diseñadas por el equipo de trabajo de la Facultad de Ciencias Sociales (FCS) y discutida con el equipo de trabajo de ASSE, Facultad de Medicina y Hospital Vilardebó el día 15 de Setiembre del 2017.

En primer lugar, fueron realizadas 14 entrevistas a informantes calificados entre abril y mayo del 2017. Esto permitió a los investigadores conocer más detalles sobre las políticas de salud mental, el entorno del hospital y algunas de sus características principales. El equipo de trabajo se contactó con informantes de las siguientes entidades: Directorio de A.S.S.E., Coordinador del Equipo de Salud Mental del Vilardebó, Director de Salud Mental de A.S.S.E. y del M.S.P., Sociedad Psiquiátrica, Sociedad de Psicólogos, Cátedra de Psiquiatría, Cátedra de Psicología, Sindicato de funcionarios Vilardebó y Sindicato central.

La etapa de realización de entrevistas a funcionarios del Hospital Vilardebó comenzó el martes 17 de octubre del 2017 y finalizó el viernes 1 de diciembre del mismo año. En total se realizaron 64 entrevistas individuales, de las cuales 28 se realizaron al sector Profesional, 18 a los Técnicos, 10 al sector administrativo y 7 al sector de servicios. También se realizaron dos entrevistas colectivas en marzo del 2018 con familiares de usuarios del Vilardebó y profesionales de la puerta de ingreso.

Los datos fueron incorporados al programa Atlas-ti a través del cual se seleccionaron 20 códigos referidos a descripción de tareas, relacionamiento entre sectores, relaciones jerárquicas, cumplimiento de objetivos institucionales, satisfacción laboral y compromiso con la institución.

## Los nuevos modelos de atención de la salud mental

En el año 1986 se comenzó a instrumentar un nuevo Programa de Salud Mental a nivel de los servicios de la Administración de Servicios de Salud del Estado. Las transformaciones de los dispositivos asistenciales se dieron principalmente en los equipos de atención periféricos, con la constitución de los Equipos Comunitarios de Salud Mental de distribución en todo el país y con la incorporación progresiva de unidades o camas de hospitalización en Hospitales Generales. (Gines *et al.*, 2005; Romano *et al.*, 2007). En el año 2011 se suman nuevas prestaciones en salud mental referidas al abordaje psicosocial en poblaciones vulnerables, en la que se incluye el tratamiento de los usuarios con Enfermedad Mental y su Rehabilitación Psicosocial.

En el año 2011, el nuevo Plan de Salud Mental (P.N.S.M.) de A.S.S.E., inspirado en el plan 1986, comienza a desarrollar políticas públicas en Salud Mental, abocadas a pacientes que presenten una enfermedad mental aguda, o crónica descompensada, que no pueda ser resuelta en otros niveles asistenciales. Dicho plan es promovido por un amplio movimiento desde múltiples sectores de la población organizada (grupos de familiares de personas con trastornos mentales, Universidad de la República, sociedades científicas y gremiales). En este plan, la Psicología comienza a tener, en cierta medida, un espacio en relación con el tratamiento de los pacientes con trastornos

mentales severos, frente a las clásicas disciplinas médicas, en particular la psiquiatría (Programa Salud Mental., 2012)

El objetivo de las nuevas políticas de salud apunta a priorizar la atención primaria y la atención en territorio de todos los problemas de salud, incluyendo los mentales, de manera de atender a tiempo situaciones que luego se pueden transformar en irreversibles. Este enfoque integral apunta a reducir la estigmatización que tiene el paciente de salud mental, que se atiende como otro paciente más, e independiza la atención en salud mental de la capacidad económica del paciente o de la familia. Las nuevas políticas de salud suponen entender la salud como un derecho del ciudadano, desde una perspectiva integral de creciente ampliación de la agenda de derechos. El nuevo modelo está pensado desde la lógica de atención primaria, que supone acercar los servicios de salud a los lugares donde los ciudadanos viven y trabajan.

Este nuevo modelo de atención de salud de A.S.S.E. es, desde la perspectiva de los decisores en políticas de salud, más humanitario y eficiente que el vigente, además de contar con una referencia territorial. Las recientes políticas de salud han establecido policlínicas y consultorios de primer nivel de atención, lo que le da a la salud mayor accesibilidad económica y geográfica. También la Facultad de Medicina tiene una presencia importante a través de programas de unidades docentes asistenciales con práctica médica en el primer trienio del plan de estudios. Este modelo implica, desde la mirada oficial, una mayor presencia del sector público en las comunidades, como puerta de entrada hacia una atención más especializada en el segundo nivel. La implementación de este modelo va de la mano de una extensión de la participación comunitaria a través de los consejos vecinales y de los consejos de salud.

El nuevo modelo de atención de salud mental pretende integrar al paciente a los servicios de salud existentes. El objetivo es incorporar progresivamente el tema de la salud mental en los servicios de salud, de manera de favorecer la inserción familiar, barrial y laboral del paciente a través de la red de apoyos comunitarios. Este modelo de atención se opone a la existencia de hospitales monovalentes de una especialidad; apuesta a la conformación de hospitales polivalentes con salas de salud mental, donde esta sea una de las tantas especialidades de atención del hospital. Esta mirada se refuerza con la idea de tener una perspectiva comunitaria de la salud mental, implementando policlínicas en el primer nivel de atención, casas a medio camino, hogares protegidos y apartamentos supervisados, en las cuales el paciente vuelva a la casa después del tratamiento, con diferentes dispositivos de atención en el proceso. Algunos entrevistados señalan que uno de los problemas de un hospital monovalente, como es el caso del Vilardebó, es que el paciente, además de tener problemas de salud mental, puede estar afectado por otros problemas de salud de tipo cardiovascular, oncológico u otros. En estos casos, solo tiene al psiquiatra para atenderlo, sin poder recurrir al resto de las especialidades médicas. Los hospitales polivalentes permiten una mayor integralidad en la atención de salud del paciente.

Este enfoque supone que no van a existir más instituciones monovalentes y de asilo como el Hospital Vilardebó, aunque el cierre del mismo tampoco resulta viable en el corto plazo. Las experiencias alternativas, como los hogares de medio camino, aún

no están consolidadas por falta de recursos y de voluntad política. También resulta difícil mantener al mismo tiempo, desde el sector público, recursos para el Hospital Vilardebó y para las nuevas experiencias de atención a la salud mental. Esto permite suponer que este escenario se va a mantener durante mucho tiempo, lo que implica la posibilidad de iniciar un proceso de transformación interna del Hospital.

## La nueva Ley de Salud Mental

La promulgación de la nueva ley sobre salud mental en el año 2011 se realizó luego de un largo trabajo a nivel plenario que se inició con una convocatoria del Ministerio de Salud Pública a todas las disciplinas y actores relacionados con la salud mental. De estas reuniones surgieron amplios consensos, como la necesidad de cerrar las instituciones de asilo y poner en marcha un modelo alternativo, con una visión comunitaria y con una puerta de entrada en el primer nivel de atención. Hubo también consenso en la necesidad de un abordaje intersectorial de la salud mental, en el cual no sólo importan los aspectos médicos y síquicos sino también los sociales, como el acceso al trabajo y a la vivienda, entre otros. Un tercer punto de consenso que se puede señalar es la necesidad de enfocar el tema de la salud mental desde una perspectiva multidisciplinaria, rompiendo el monopolio de la psiquiatría en la misma.

De la discusión plenaria surgieron también puntos de discusión y de disenso que aún se mantienen. Esta discusión se asocia a diferentes perspectivas académicas y disciplinarias acerca de la salud mental y la existencia y características de los trastornos mentales y/o padecimientos síquicos. Uno de estos puntos se refiere al cambio de paradigma de la salud mental, que para algunos sectores todavía se mantiene anclado en la visión sanitarista de los psiquiatras y que la ley, pese a sus intenciones, no ha podido cambiar. Este paradigma se refleja en algunos puntos, como el hecho de que la ley sigue llamando a las unidades de atención en salud mental «Departamento de Psiquiatría» en vez de «Departamento de Salud Mental». También se refleja en la permanencia del Patronato de Psicópatas con las funciones históricas que se le asignó, como organismo rector de la salud mental.

Un segundo punto de discrepancia se refiere al órgano de contralor creado por la ley y que está radicado en el Ministerio de Salud Pública, mientras que organizaciones de la sociedad civil piensan que debe estar fuera del sistema estatal. También hubo discrepancias con la internación involuntaria de niños por trastorno mental, que la ley habilita. La misma se decreta por decisión del juez y la firma de cualquier médico, lo que algunos entrevistados consideran que puede constituirse en un elemento de represión, en particular contra los comportamientos adolescentes que caen bajo esta ley. Otro punto de discusión de la nueva ley es la posibilidad de transformar esas nuevas modalidades, como las casas de medio camino, en un negocio para algunos sectores económicos.

La nueva ley de salud mental abrió el debate entre diferentes perspectivas académicas y disciplinarias sobre las características y el tratamiento de las llamadas enfermedades mentales. Hay un cuestionamiento a la perspectiva y al rol hegemónico

del poder psiquiátrico desde diferentes corrientes de la anti-psiquiatría. Esta discusión, además de académica, reivindica el rol del psicólogo en la atención de la salud mental, el cual, según los críticos al poder hegemónico de los psiquiatras, aparece muy desdibujado y dependiente. Esta mirada plantea la falta de especificidad disciplinaria en las intervenciones profesionales y la extrema supremacía del médico en estos procesos. La propia ley de salud mental sigue otorgando, desde esta perspectiva, primacía a las firmas de los psiquiatras en las diferentes áreas de intervención profesional. También se cuestiona la excesiva de los tratamientos y el encasillamiento de las patologías que se deriva de la hegemonía de los psiquiatras en las intervenciones en salud mental. Esta hegemonía también permea, siguiendo esta perspectiva, la mirada de los profesionales, de los familiares y de la sociedad en general, lo que dificulta un cambio cultural y profesional en esta temática.

Desde otros ángulos, se defiende el rol del psiquiatra en las patologías severas, que requieren su intervención, además de otras formas de terapia. El médico psiquiatra integra los equipos de salud y cumple un rol esencial en los casos de urgencia y de internación compulsiva. Esta mirada busca un punto de equilibrio que no defienda la medicalización total del tratamiento pero que tampoco desconozca el aporte médico de la psiquiatría.

Una tercera perspectiva plantea que esta discusión que se da a nivel académico y corporativo no se debe plantear en términos dicotómicos. Si bien los discursos oficiales de la Sociedad de Psiquiatría y de la Coordinadora de Psicólogos son antagónicos, en el trabajo de campo conjunto no se presentan tan diferenciados. El abordaje interdisciplinario incorporó a los psicólogos, a especialistas en temas sociales como los asistentes sociales y a especialistas en fonoaudiología y motricidad, lo que fue muy beneficioso para el tratamiento de la salud mental. Algunos entrevistados diferencian el discurso de los psicólogos alejados de la atención a las personas con problemas de salud mental severos, de los que están entrenados en esta temática. Estos últimos, más allá de tener un discurso diferente, tienen muchos puntos de coincidencias con los psiquiatras en las prácticas concretas de intervención.

Más allá de estas polémicas, existen fuertes consensos en la necesidad de capacitar tanto a médicos como psicólogos y otros profesionales en los problemas de salud mental menos graves, como los procesos de depresión, ansiedad o somatización. Estos profesionales deben atender estos problemas de salud en el primer nivel, donde se deben trabajar también los problemas sociales del paciente. En el caso de los médicos, los entrevistados señalan la necesidad de cambios en la formación a nivel de grado y de posgrado, de manera de que los psiquiatras acepten que hay temas de salud mental que los pueden resolver médicos con cierto nivel de conocimiento, sin estar necesariamente especializados en el tema; de esta manera se puede aceptar también que los centros de internación psiquiátrica como el Hospital Vilardebó son prescindibles. También se requiere formar a los médicos generales en temas de salud mental para mejorar la atención primaria de las personas afectadas. Tampoco los psicólogos son formados en sintonía con el nuevo modelo de atención en salud mental;



también se requiere profundizar la formación de los acompañantes terapéuticos y dar apoyo psicológico a los que trabajan en temas de salud mental.

## Avances y resistencias

Las nuevas políticas en salud mental han tenido pocos avances en los últimos años. Solo un bajo porcentaje de los pacientes de salud mental están viviendo en modelos comunitarios; la mayoría de los pacientes sigue estando en las formas asilares y monovalentes de atención, como lo son las colonias y el Hospital Vilardebó. Esto implica que todavía la salud mental cuenta con más recursos destinados a las modalidades monovalentes que a las alternativas.

Los entrevistados señalan la presencia de fuertes resistencias a los cambios de modelos en la atención a la salud mental. A nivel público, una forma de resistencia se refiere a la propia inercia de las instituciones, que prefieren mantener lo conocido por miedo a lo nuevo y desconocido. Otro foco de resistencia proviene de las instituciones privadas que brindan servicios de atención a la salud mental, que se pueden ver afectadas en sus intereses económicos en el marco de la nueva regulación. También hay resistencias culturales, en la sociedad en general, hacia los pacientes de salud mental, que prefieren tenerlos alejados del resto de los integrantes de la sociedad.

Los entrevistados señalan también las resistencias de los funcionarios y de los sindicatos de la salud a estos cambios en los modelos de atención. Estas resistencias se vinculan al miedo al desempleo, por un lado, y a que los funcionarios del Hospital Vilardebó tienen, por trabajar en salud mental, incentivos salariales que otros trabajadores de la salud no tienen. Si bien los trabajadores pueden tener trabajo en otros sectores de la salud mental, consideran que su fuente de trabajo es el Vilardebó y se resisten a ser trasladados a otros hospitales. Existe también, en la memoria histórica de los trabajadores, el recuerdo del cierre del Hospital Musto y el traslado compulsivo de trabajadores que se realizó en tiempos de la dictadura. Por otra parte, el Hospital Vilardebó fue, históricamente, un bastión de la organización sindical de los trabajadores de la salud, por lo que su cierre supone una pérdida de poder político interno para este sector sindical.

También desde el mundo académico se evidencian resistencias al cierre del Hospital. Por un lado, los equipos de salud mental tienen incentivos económicos que no tienen otras especialidades de la salud, lo que, según algunos entrevistados, los conformó como «ghetos» separados, y fueron considerados así por el resto de los equipos de salud, lo que dificulta su inserción en otras unidades de atención médica general, como hospitales o policlínicas. También hay resistencia desde esos espacios a la incorporación de equipos de salud mental, especialmente de parte de las enfermeras. En ese sentido, el Hospital Vilardebó se conforma como el espacio natural de la práctica de salud mental, lo que genera una fuerte identificación con el mismo por parte de los especialistas en esa temática.

## Organización y funcionamiento del Vilardebó

Como planteamos más arriba, el cambio de modelo de atención a la salud se despliega en el marco de estructuras organizativas creadas a partir de otros supuestos y otros conceptos sobre la enfermedad mental. El nuevo modelo concibe al enfermo mental en el marco de su comunidad, familia, o barrio, lo que implica que estos actores asuman mayores responsabilidades, ampliando el ámbito de participación y de toma de decisiones del proceso terapéutico. La atención se desplaza de los ámbitos institucionales supuestamente marcados por la sobre protección del paciente y el paternalismo, a programas terapéuticos integrales personalizados liderados por usuarios. Una de las preguntas que surgen en este contexto es como adaptar las formas organizativas vigentes en las instituciones de internación a los cambios propuestos por el nuevo plan.

La estructura organizativa del Hospital Vilardebó se corresponde con la configuración profesional, de acuerdo con la clásica tipología de Mintzberg (1989) Este tipo de configuración se caracteriza por ser a la vez burocrática y descentralizada, lo que la diferencia de las burocracias clásicas, que tienen un mayor nivel de centralización en sus decisiones. En las organizaciones burocráticas la toma de decisiones transita por los mecanismos de control jerárquico sobre la base del respeto a las normas de procedimiento y a la planificación previa de la actividad. En las organizaciones profesionales, en cambio, la toma de decisiones más importantes discurre en el núcleo profesional que desarrolla las actividades centrales de la organización. Las relaciones entre el plantel profesional y el usuario constituyen la base sobre la cual se estructura el funcionamiento de toda la organización.

En el caso de las instituciones de internación psiquiátrica, como el Hospital Vilardebó, el núcleo operativo lo constituyen todos los profesionales de la salud que tienen una relación directa con los pacientes. Este núcleo de operadores, parte clave de la organización, tiende a organizarse en torno a disciplinas o «casillas» dentro de las cuales los profesionales trabajan de forma autónoma, sometidos a los controles de la profesión. Estas «casillas» son, en el caso del Hospital Vilardebó, la psiquiatría, la psicología, el trabajo social, y la enfermería. Lo típico de las organizaciones profesionales es que las normas de procedimiento y de control no se generan en la propia estructura, sino en las diferentes formas de autoridad externa, basada en los conocimientos técnicos que constituyen el mundo profesional de los operadores directos. La forma de coordinación básica de estas organizaciones es la estandarización de habilidades: el núcleo profesional pasa por un largo proceso de formación en instituciones educativas y profesionales, en las cuales adquieren los conocimientos técnicos necesarios para el desarrollo de las actividades básicas de la organización.

Un componente central en la dinámica del Hospital Vilardebó es que existen, como se expresó en la discusión sobre la nueva ley de salud mental, importantes diferencias en las miradas de las disciplinas que conforman el núcleo operativo de la organización. Desde ciertos sectores del mundo académico de la psicología se critica el enfoque médico sanitarista que tiene el Hospital Vilardebó, que determina una lógica de

represión y encierro en el tratamiento de los pacientes. El Hospital es percibido como un depósito de enfermos en lugar de ser una institución de rehabilitación. La posibilidad de que los problemas del paciente se vuelvan crónicos es insoluble, desde este enfoque, de la mirada que algunos técnicos tienen de la salud mental y del abordaje que realizan de la misma. Los pacientes pierden autonomía y contacto con la realidad fuera del Hospital, y terminan quedándose por tiempos que no guardan relación con los procedimientos terapéuticos. Desde esta perspectiva, el Hospital parece haber perdido el objetivo central de brindar atención al usuario, generando un sistema perverso en el cual la institución sirve a los que trabajan en ella y no a los destinatarios del servicio

La perspectiva opuesta, que tiene sus raíces en la psiquiatría, considera que los profesionales no pueden apostar exclusivamente a la desinstitucionalización de los pacientes, porque implica condenarlos a vivir en la calle, en los refugios o en la cárcel. Por otra parte, se señala que, pese a que la práctica corriente de atención se mantiene de acuerdo con estos enfoques, en el Hospital también se desarrollan, de forma aislada, programas de reinserción social que han tenido resultados positivos.

Desde su etapa fundacional, el Hospital se concibió como un centro de atención de personas con alteraciones de salud mental agudas. Sin embargo, en la actualidad, la mayoría de los pacientes son crónicos o son pacientes cuyos problemas son más sociales (ausencia de apoyos familiares, falta de trabajo, alcoholismo, drogadicción) que psiquiátricos. En ambos casos, las posibilidades de reinsertarlos nuevamente en la sociedad, en las actuales condiciones, son muy bajas. Los tiempos de estadía promedio de los pacientes, en su inicio, eran de 300 días, pero esa cifra fue aumentando de manera paulatina en el correr de los años. En este sentido, el Hospital termina gestionando los problemas que el primer nivel de atención comunitaria no puede resolver, realizando prestaciones sociosanitarias hacia esos sectores. Por estas razones, el Hospital es considerado como un espacio cerrado, monovalente, que tiene una función más asilar que curativa y de reinserción en la sociedad.

Otra situación que tergiversa la concepción original de que el Hospital se hiciera cargo de los casos de pacientes con enfermedades mentales agudas, es la presencia de pacientes judiciales, que son enviados al Hospital por la Suprema Corte de Justicia. Estos pacientes son ingresados por orden del juez, por haber cometido algún delito o infracción, pero son inimputables por sus trastornos psíquicos. El problema con estos pacientes es que muchas veces son dados de alta por los médicos psiquiatras, pero no por el juez, que los puede mantener en el Hospital durante mucho tiempo después de emitida la orden de alta médica. Estos pacientes conviven con los pacientes psiquiátricos, les transmiten sus hábitos carcelarios y terminan siendo una fuente de conflicto y tensión permanente para los funcionarios. La judicialización de los pacientes y las llamadas patologías duales (trastornos psíquicos y problemas de consumo de drogas combinados) impiden que los pacientes egresen, por lo que las salas quedan colmadas y el Hospital llega al límite de sus posibilidades de atención.

La presencia de pacientes crónicos, de pacientes que tienen principalmente problemas más sociales que sanitarios y de pacientes judiciales, lleva a que convivan

en el Hospital pacientes que tienen patologías muy diferentes, para las cuales los funcionarios no están preparados y que enlentecen el trabajo de atención del Hospital. Afecta también la cultura de trabajo de los funcionarios del Hospital, que se habitúan a una realidad que no se corresponde con su formación y con la que deben convivir a diario.

Además de su núcleo central, las organizaciones profesionales cuentan con un staff de apoyo (administración, limpieza, vigilancia, etc.) que funciona de acuerdo a la lógica de lo que Mintzberg (1989) define como configuraciones maquinales. Este tipo de configuración se caracteriza por llevar adelante una fuerte estandarización de los procedimientos, mediante herramientas de análisis de las operaciones de los trabajadores, descripción de puestos de trabajo y desarrollo de normas de comportamiento ligadas a estos puestos. Las relaciones de autoridad, a su vez, pasan por los mecanismos de control jerárquico sobre la base del respeto a las normas de procedimiento y a la planificación previa de la actividad. Este tipo de configuración tiene fuerte resistencia al cambio y dificultades para adaptarse a demandas variadas y complejas.

Las organizaciones maquinales se gestionan a través de la construcción de criterios impersonales y uniformes para regular las relaciones de los miembros de este sector de la organización. El reclutamiento del personal se realiza a través de concursos públicos con reglas detalladas tanto para las candidaturas internas como para las externas de la organización, en función de una planificación estratégica, en la cual las definiciones del puesto, las tareas a realizar y las condiciones de estas se corresponden con las necesidades de la organización (Pichault y Nizet, 2000).

En el caso del Hospital Vilardebó, estos criterios se ven desdibujados por una lógica de funcionamiento atravesada por criterios arbitrarios y lealtades personales. Los diseños y las tareas de los diferentes cargos no están claramente definidas, y las relaciones de autoridad están marcadas por amplios espacios de discrecionalidad y de ausencia de liderazgos. Los entrevistados señalan las dificultades de los mandos medios para ejercer autoridad en este contexto, así como la continua rotación de las jerarquías, lo que impide una relación cercana y estable en el tiempo. A estas dificultades se pueden agregar una clásica «actitud de funcionario público» que muestran algunos trabajadores, la sobre carga de trabajo debido al ausentismo crónico y la ausencia de normativas que establezcan claramente derechos y responsabilidades de los diferentes cargos de los trabajadores del Hospital.

En este sentido, los entrevistados señalan la existencia de conflictos permanentes entre la dirección del Hospital y los trabajadores, vinculados a las condiciones de trabajo de la institución. Los conflictos recientes se vincularon a demandas de contratación de más personal en el sector de enfermería y de atención psicológica para los funcionarios encargados de los cuidados de los pacientes psiquiátricos. Se señalan también dificultades permanentes para cubrir los cargos vacantes, debido a la falta de interés de las nuevas generaciones para trabajar en instituciones como el Hospital Vilardebó; también resulta difícil cubrir el sector de emergencias, debido a la escasez

de recursos humanos, así como la cobertura de las licencias reglamentarias de los funcionarios.

En las formas más puras de estos modelos, los salarios son establecidos para las diferentes categorías de acuerdo a criterios objetivos y que son conocidos por todos. En el caso de las instituciones de salud uruguayas, existen fuertes diferencias salariales entre trabajadores que cumplen la misma tarea y tienen la misma categoría y responsabilidad formal. Esta disparidad se debe a que los sueldos provienen de instituciones públicas diferentes, como producto de arreglos institucionales que se fueron consolidando históricamente. Esta situación genera conflictos permanentes entre los trabajadores y obstaculizan la posibilidad de tener políticas de recursos humanos más eficientes y modernas. Las disparidades salariales generan distorsiones en la lógica del modelo, que tienden a compensarse a través de la movilización sindical de los diferentes estamentos laborales.

Uno de los grandes problemas de este tipo de organización, como señalan Mintzberg y Quinn (1991), es que la elaboración de estrategias colectivas requiere de altas dosis de consenso, lo que enlentece y dificulta los procesos de toma de decisiones y amenaza la eficacia de las mismas. La lealtad de los profesionales es con su profesión, no con la organización, por lo que no siempre están dispuestas a cooperar con la misma. Las formas de control externa, los reglamentos y la supervisión directa no son eficaces porque la base de funcionamiento de estas organizaciones sigue siendo la relación directa del profesional con el usuario. Las dinámicas de trabajo del Hospital Vilardebó adolecen de estas dificultades. Las más señaladas en las entrevistas son las dificultades de comunicación entre las diferentes unidades o sectores y la falta de trabajo en equipo.

Otro problema típico de estas organizaciones son las dificultades de innovación de procedimientos y técnicas de tratamiento de los pacientes. Este problema se relaciona con las dificultades de coordinación y de cooperación aludidas anteriormente. Los nuevos problemas se introducen en los códigos disciplinarios ya establecidos, lo que inhibe las capacidades de innovación en estas organizaciones. En el caso del Hospital Vilardebó, los entrevistados señalan fuertes dificultades para la revisión de los procesos de trabajo establecidos y las posibilidades de transformación interna de la institución.

Una dimensión relevante para comprender el funcionamiento del Hospital se refiere a la especificidad de su cultura organizacional. Schein (1992) distingue tres elementos en la cultura de una organización: *los artefactos*, que son los patrones, procesos y estructuras visibles en la organización (modos y procesos de trabajo, organización del espacio, acumulación de información, etc.); *los valores expuestos*, que son las estrategias, metas y filosofías expuestas y sistematizadas por la organización las cuales justifican en buena medida los artefactos, y *las presunciones básicas*, que son las percepciones, pensamientos, sentimientos y creencias inconscientes, dadas por sentido, que finalmente son la fuente de los valores y de la acción. La cultura de una organización es, para este autor, en última instancia, esta serie de presunciones básicas por lo que los actores en las organizaciones finalmente dicen y hacen y dan coherencia estructural al funcionamiento de la misma (es decir, que generan rutinas y hábitos).

En el caso del Hospital Vilardebó, podemos encontrar dos grandes culturas. En primer lugar, la cultura organizacional de los profesionales, que se articula en torno a clivajes disciplinarios y corporativos, lo que significa que los administradores y directores tienen un poder reducido para la definición de las estrategias organizacionales. Las mismas se deben construir a través de acuerdos y de dispositivos de co-decisión establecidos entre las diferentes disciplinas y entre las mismas y las direcciones de las organizaciones. En este contexto organizacional, la gestión de recursos humanos se puede definir, siguiendo a Pichault y Nizet (2000) como convencionalista. El eje de esta gestión lo constituyen los acuerdos colectivos que definen los procesos de trabajo, en contextos de alta autonomía de los operadores. El ingreso a la organización se realiza en función de criterios gestionados colectivamente por las diferentes disciplinas que actúan en la organización, las que se fijan de manera descentralizada de acuerdo a los códigos y normas de la profesión. La promoción también se realiza sobre la base de la elección de los pares en función de las competencias técnicas adquiridas en el ejercicio profesional. Las formas de comunicación también son ampliamente descentralizadas y colegiadas, fundadas sobre la ética profesional. El tiempo de trabajo, a su vez, se supone enteramente dedicado al cultivo de la disciplina.

Por otro lado, encontramos la cultura laboral de los funcionarios. Esta cultura organizacional valoriza el respeto de la autoridad jerárquica y la aplicación de la regla. La integración del trabajador se realiza a través de su aceptación de las reglas y de la autoridad a cambio de estabilidad laboral, posibilidades de promoción y valorización del status. La ausencia de relaciones individualizadas contribuye al desarrollo de un espíritu corporativo al interior de las diferentes categorías oficiales de status. Este espíritu corporativo empuja la adopción de conductas rígidas en sus miembros, como mecanismos de defensa contra amenazas externas al grupo. La acción de los trabajadores y del sindicato del Vilardebó se orienta por estas premisas, en un contexto institucional marcado, como mostramos más arriba, por amplios espacios de discrecionalidad, ausencia de reglas de funcionamiento claras y desdibujamiento de las categorías laborales.

Estas dos culturas predominantes en el Hospital Vilardebó, están en permanente tensión. Uno de los ejes de esta tensión, señalado por los entrevistados, proviene de que los funcionarios no médicos tienen excesivo peso en la institución, trastocando las líneas de autoridad propias de la institución. Este excesivo peso se explica, en parte, por el poder que tiene el sindicato. También se puede explicar por las dinámicas de trabajo de la institución: son los funcionarios no médicos los que están cerca de los pacientes la mayor parte del tiempo, lo que les da cierta autoridad moral en sus discusiones con los médicos. Estos elementos contribuyen a la creación de un clima de cuestionamiento al poder médico por parte de sectores de trabajadores no médicos y a establecer formas de autoridad paralelas a la autoridad formal de la institución. Se señalan también las dificultades de diálogo, las distancias formales e informales y la falta de horizontalidad entre el mundo académico universitario y los trabajadores no técnicos, que impiden una mejor transmisión de conocimientos entre ambas partes.

En términos de Mintzberg, en el Vilardebó se contaminan dos lógicas que parten de supuestos completamente diferentes. La lógica profesional, sustentada en la autonomía de acción y cuya referencia es el conocimiento disciplinario proveniente de un mundo externo al Hospital, se contrapone a la lógica de los funcionarios cuya referencia central son las reglas y los protocolos de atención. Estas reglas adquieren contornos imprecisos porque están supeditadas al saber técnico, lo que amplía la autonomía de acción de los funcionarios, que muchas veces toman decisiones en espacios cuyos límites, en términos de autoridad, no están claramente definidos. Siguiendo a Schein, (1992) los valores en uso, tanto de los funcionarios médicos como no médicos, están fuertemente permeados por el paradigma psiquiátrico, que funciona como código de interpretación implícito que orienta la conducta de la mayoría de los trabajadores del Hospital.

Una transformación necesaria para un cambio de paradigma de atención a la salud mental consiste en modificar la relación de los asalariados con la organización. Este cambio implica pasar de una relación pasiva con la organización que esencialmente padecen, a transformarse en actores explícitos del cambio de la organización. Esta evolución va más allá de una regulación cotidiana de la distribución del trabajo. Requiere el desarrollo de competencias organizativas, conocimiento sobre los principios y parámetros de funcionamiento de la organización y participación en su redefinición cuando el contexto así lo impone. También requiere el desarrollo de competencias sociales como la autonomía, la responsabilidad y la comunicación intersubjetiva. Estas actitudes no pueden aprenderse y desarrollarse si no se asumen las situaciones profesionales que las solicitan. La autonomía y la responsabilidad se construyen esencialmente en los cambios internos de los modos de funcionamiento de las organizaciones.

En este sentido, existe una fuerte identificación de trabajadores médicos y no médicos con el Hospital, lo que es considerado positivo por algunos y negativos por otros. La perspectiva positiva parte de la idea de que la identificación y el sentido de pertenencia con el Hospital fortalecen la integración interna y las relaciones de trabajo. La mirada negativa plantea que esta identificación es otro factor que obstaculiza los cambios de procedimientos y los procesos de innovación internos. Esta perspectiva señala también la ausencia, en la institución, de otros actores relevantes de esta problemática, como los familiares de los usuarios.

Los funcionarios no médicos, a su vez, se sienten atrapados en la discusión interdisciplinaria sobre la nueva ley de salud mental, mostrando fuertes desconfianzas hacia la viabilidad y posibilidad real de implementación de la misma. Muchos entrevistados de este sector manifiestan su preocupación por el cierre del Hospital, lo que implica su traslado a otras instituciones de salud pública. La posibilidad de cierre del Hospital genera desmotivación y falta de compromiso de los trabajadores, lo que termina resintiéndole la calidad de la atención a los usuarios. También se manifiesta descontento por la exclusión de los funcionarios del Vilardebó en el proceso de discusión de la nueva Ley de Salud Mental.

El cambio de paradigma impulsado por el nuevo plan de Salud Mental apunta a la descentralización de la atención médica para las personas que padecen enfermedades mentales. Este proceso implica que la organización debe descentralizar el poder de decisión a nivel de los equipos, acrecentar el conocimiento de los contextos locales, constituir y mantener las redes de atención y permitir el desarrollo de estrategias locales adaptadas a los modos de vida de las poblaciones que atiende. El problema que se plantea es si la organización de base favorece o limita el funcionamiento en redes. Como señala Zarifian (1992), la división funcional del trabajo por áreas de especialización tiende a predominar ampliamente, estructurando las relaciones de poder dentro de la organización. El resultado es que las redes se mantienen de modo informal, a través de contactos interindividuales que corren el riesgo de ser destruidos en cualquier momento, o bien actúan puntualmente frente a un determinado caso, con un nivel de eficacia muy inferior a su potencial.

Esta dificultad ha sido ampliamente señalada por los entrevistados. La inter-institucionalidad que se requiere para el adecuado tratamiento de los pacientes psiquiátricos adolece de dificultades importantes. No existe una adecuada coordinación entre las instituciones que abordan esta problemática, ni con las instituciones que no se especializan en temas de salud mental pero que abordan el aspecto social de los pacientes del Vilardebó. Estas dificultades se vinculan muchas veces a la estigmatización de los que padecen problemas mentales, que son rechazados en muchas instituciones y derivados directamente al Vilardebó. En este sentido, surgen muchas dudas sobre la capacidad de contención de los pacientes crónicos en la nueva institucionalidad y preocupación por el destino de los pacientes una vez que el Hospital haya cerrado, debido a que muchos de ellos están en situación de abandono o de calle.

## Conclusiones


Los resultados de las entrevistas realizadas en el marco de la investigación muestran las dificultades de implementación de las nuevas políticas de salud mental impulsadas desde el sector público. La transformación de los modelos asilares y monovalentes de atención han sido sustituidos sólo en forma parcial por modalidades alternativas, en el marco de fuertes resistencias de diferentes sectores médicos y no médicos a este proceso. Las resistencias no se centran en la discusión del nuevo paradigma que se trata de desarrollar, sino en las consecuencias que puede tener para los pacientes el cierre del Hospital Vilardebó. Esta discusión trasciende la mirada de los especialistas en salud mental, en la medida en que los mayores problemas se plantean para los pacientes que están en situación de abandono y no tienen redes familiares o sociales que los puedan contener. La problemática de la salud mental se cruza con la problemática social propia de buena parte de los pacientes del Vilardebó, para los cuales muchos actores no ven solución en las nuevas modalidades de atención impulsadas desde las políticas públicas.

A su vez, el funcionamiento del Hospital Vilardebó adolece de las dificultades clásicas que tienen las organizaciones profesionales: líneas de autoridad descentralizadas, dificultades en la toma de decisiones, problemas de coordinación



entre las diferentes áreas de funcionamiento y tensiones entre la autonomía profesional y las normas de funcionamiento institucional. Estos problemas típicos de las organizaciones profesionales se ven agravadas por la diversificación de demandas que proviene de la heterogeneidad de la población objetivo: pacientes psiquiátricos, pacientes con problemas de alcohol y drogas, pacientes con problemas básicamente sociales y pacientes judiciales. Esta diversificación desborda las posibilidades de una organización constituida para dar cuenta de un entorno complejo pero estable como es el mundo de la salud mental.

La organización de tipo profesional tampoco es la más adecuada para dar cuenta de los nuevos requerimientos en materia de atención a la salud mental que plantea la ley recientemente aprobada. Una organización de este tipo, altamente burocratizada y con una lógica interna cerrada, no tiene capacidad institucional para el trabajo en redes comunitarias de atención a la salud mental. Este trabajo requiere autonomía de los equipos, articulaciones aceptadas con el entorno y un sistema de decisiones fuertemente coordinado interna y externamente. En este sentido, la viabilidad institucional del Hospital Vilardebó dependerá de su capacidad de adecuación al nuevo contexto que se configura en la atención de la salud mental.

La capacidad de transformación institucional del Hospital depende de numerosos factores. Además de los cambios en el diseño institucional requeridos para ajustarse a las nuevas modalidades del entorno, también se requieren profundas modificaciones en los valores en uso que orientan la conducta de los actores institucionales. Estos valores, de carácter tácito, aparecen como «verdades» que generan sentimientos de confianza y seguridad en las actividades cotidianas. La transformación de estos códigos subyacentes de conducta, en un contexto de fuerte identificación con la institución de actores médicos y no médicos, supone el desarrollo de liderazgos de alto nivel de legitimidad técnica e institucional, que puedan articular las nuevas exigencias del entorno con las capacidades y conocimientos acumulados en el acervo institucional del Hospital. 

## Referencias

- Casarotti, H. (2007) Breve síntesis de la psiquiatría del Uruguay *Revista de Psiquiatría Uruguaya*. 71(2):153-163.
- Ginés, A. Porciuncula, H. Arduino, M. (2005) El Plan de Salud Mental: veinte años después. Evolución, perspectivas y prioridades. *Revista de Psiquiatría Uruguaya*. 2005; 69 (2):129-150.
- Mintzberg, H. (1989) *El poder en la organización*. Ediciones Ariel. (Original publicado en 1983)
- Mintzberg, H.; Quinn, J. (1991) *El proceso estratégico. Conceptos, contextos y casos*. Prentice Hall (Original publicado en 1988)
- Pichault, F. ; Nizet, J. (2000) *Les pratiques de gestion des ressources humaines*. Collection Points Essais.
- Programa Salud Mental. (2012). *Informe Segunda etapa de Evaluación del Plan de Implementación de prestaciones en salud mental del SNIS*. Ministerio de Salud Pública.
- Romano, S.; Guglielmi, E.; Ribas, X.; Araujo, A. (2009) Discusión acerca del proyecto terapéutico en patología dual. Esquizofrenia y consumo problemático de drogas. *Revista de Psiquiatría Uruguaya*; 73(2):185-195.
- Soiza Larrosa, A.; Murguía, D. (1980), Antecedentes históricos sobre el desarrollo de la psiquiatría en el Uruguay 1788--1912. *Revista de Psiquiatría Uruguaya* 45(267):97-119.
- Schein, E. (1992) *Organizational Culture and Leadership. A Dynamic View*. Jossey-Bass.
- Zarifian, Ph. (1999) *Mutación de los sistemas productivos y competencias profesionales: la producción industrial de servicio. El modelo de la competencia y sus consecuencias sobre el trabajo y los oficios profesionales*. OIT CINTERFOR.



Como citar:

Pucci, F., 2021. Desafíos de las organizaciones de salud mental uruguayas ante los cambios de los paradigmas de atención: el caso de un hospital psiquiátrico uruguayo. *Administración y Organizaciones*, 24(47), 47-65.  
<https://doi.org/10.24275/uam/xoc/dcsh/rayo/2021v24n47/Pucci>

Administración y Organizaciones de la Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco se encuentra bajo una licencia Creative Commons. Reconocimiento - No Comercial - Sin Obra Derivada 4.0 Internacional License.