

Panorama actual de las políticas de bienestar y la reforma psiquiátrica en España

Manuel Desviat

Comunidad de Madrid – Servicio Madrileño de Salud
Servicio de Salud Mental de Tetuán

Resumen

El artículo analiza la situación de la reforma psiquiátrica después de tres décadas de desarrollo en España. Se pregunta por los logros y fracasos; por el grado de implantación del modelo comunitario y de salud pública que inspiraron en su origen el proceso. Trata de explicar el por qué de las insuficiencias asistenciales, normativas y formativas. Las fortalezas, el gran desarrollo de recursos alternativos, y la pérdida de hegemonía del Hospital psiquiátrico; y las amenazas: los cambios producidos en la gestión de los servicios sociales y sanitarios, la creciente privatización de los servicios, la precarización teórica y los cambios en la demanda de la población.

Palabras clave: reforma psiquiátrica; políticas de bienestar; sanidad pública; salud mental; modelo comunitario

Abstract

The present scene of welfare policies and psychiatric reform in Spain. The paper analyzes the situation of psychiatric reform after three decades of development in Spain. The achievements and failures are reviewed and the degree of implementation of the community model and public health, that originally inspired the process, is examined. It tries to explain the reasons for care, policies and training deficiencies. The strengths are: the great development of alternative resources, and the loss of hegemony of the Psychiatric Hospital; and the threats: the changes in the management of the social and health services, the increasing privatization of services, the theoretical impoverishment and the changes in the demand of the population.

Keywords: psychiatric reform; welfare policies; public health care; mental health; community model

Hablar de modelos en salud mental es hablar de modelos sanitarios y por tanto supone referirnos a modelos de sociedad. Teniendo en cuenta que la manera cómo una sociedad afronta las desigualdades y atiende a los sujetos más frágiles, y por tanto las enfermedades y discapacidades, define el tipo de organización social y su talante moral; define los modos de hacer del Capital, pero también el tipo de implicación de los ciudadanos en la gestión de lo común, así como el tipo de respuestas técnicas que los profesionales sanitarios consensúan frente a las demandas de las poblaciones. Factores que si son determinantes en toda la sanidad, lo son mucho más en la psiquiatría por su extrema dependencia de las políticas sociales y por su fragilidad técnica (fácilmente ideologizada) que la hace muy vulnerable ante el poder político y mediático. En psiquiatría y en psicología no hay un consenso técnico ni una demarcación de objeto clara, y el predominio de una forma u otra de entender la organización de la asistencia y la clínica depende más de opciones político-económicas que de la verificación técnica de su mayor eficiencia.

Por otra parte, la fractura que se abrió con la reforma psiquiátrica recorre todo el cuerpo de la psiquiatría, tanto a nivel teórico como asistencial y clínico. La desinstitucionalización y la

psiquiatría comunitaria no han supuesto una mera reordenación y optimización de los servicios de atención. Se han convertido en un proceso social complejo, que exige reconstruir saberes y técnicas, un proceso técnico-ético que origina nuevas situaciones que producen nuevos sujetos, nuevos sujetos de derecho y nuevos derechos para los sujetos (Amarante, 2005). Un proceso que dinamita las bases conceptuales de la psiquiatría hecha en el adentro de los muros hospitalarios; una psiquiatría que entroniza el signo médico y considera la enfermedad como un hecho natural, prescindiendo del sujeto y de su experiencia de vida, promoviendo una práctica trabada entre la normalización y la disciplina. Un proceso transformador que va a exigir de una sensibilidad política, de la implicación de la comunidad y de un compromiso técnico-ético-político por parte de los profesionales.

Son estos determinantes, políticos, sociales, técnicos, los obligados a tener en cuenta si queremos analizar la situación, las razones de su actual crisis y las posibilidades de sostenibilidad del modelo de atención psiquiátrica que se instauró en España, como sucedió en Brasil, en plena reconstrucción democrática, tras los largos años de la dictadura en sociedades que buscaban garantías, legales y asistenciales universales para todos, y en especial para los

sujetos más frágiles. Con un modelo que asumió los principios de la reforma psiquiátrica, iniciada tras la Segunda Guerra Mundial en países democráticos desarrollados (Reino Unido, EEUU, Canadá, Italia); guiados por unas ideas comunes: el rechazo al encierro asilar, al hospital psiquiátrico, y la necesidad de nuevos diseños organizativos y terapéuticos que respetarán los derechos cívicos de los enfermos y fueran más eficaces y solidarios.

Las políticas sociales

Empecemos, para ver estos actores que van a determinar las políticas sociales, con el Estado, pues la forma en que los gobiernos entienden las prestaciones sanitarias y sociales, va a depender de su concepción del Estado. Hay una idea del Estado minimalista para la que “el único gasto público productivo es el que no se hace”, relegando la sanidad al negocio privado y otra idea del Estado que busca su legitimación en garantizar unas prestaciones públicas como derechos ciudadanos que posibilitan la cohesión social. La primera se inscribe en aquella Fábula de las abejas, cuyo subtítulo vicios privados, beneficios públicos, lo dice todo. Este poema, con el que para algunos se inicia la modernidad capitalista, escrito en 1705, por un médico holandés, Bernard Mandeville, viene a decir que el bienestar económico es mayor cuanto menor es la intervención del gobierno o de las organizaciones de caridad: la ganancia, que entraña vicio y pecado, es necesaria para la armonía social, en cuanto es eficaz en el mercado, creando riqueza aunque no necesariamente de forma decente (Mandeville, 1982).

Trescientos años después, Dany-Robert Dufour, resume la ideología del liberalismo económico actual, en sus “mandamientos para el éxito”, preceptos del nuevo dogma, de la nueva religión; guías de comportamiento social que asumen con entusiasmo los militantes del liberalismo, pero que también pueden ser asumidos por la izquierda, incluso, por la extrema izquierda, según el autor. “Tu única guía será el egoísmo”, “Utilizaras al otro como medio para conseguir tus fines”, “Violarás las leyes sin dejarte atrapar”. Estos son tres de los diez mandamientos que aparecen en *Le Divin Marché. La révolution culturelle libérale* (Dufour, citado por Ramonet, 2010, p.39-40). Modelo mundial impuesto por la globalización financiera, donde no hay, tras el fracaso de las experiencias comunistas, un afuera. Capitalismo y realidad coinciden (López Petit, 2009).

Un único modelo que da sentido al mundo, sin más ideal que la competencia y el consumo, que erige el Mercado como único instrumento de regulación, y que de la mano del Banco Mundial y del Fondo Monetario Internacional está propiciando la privatización de los servicios públicos. Política que viene seduciendo a los gobiernos desde principios de los años 1990 del pasado siglo (en España el Informe Abril abrió camino), y que ha llevado a distintas formas de gestión mixta público-privada y a una medicina gestionada con Iniciativas de Financiación Privada, de cuyo fracaso a lo largo de estas dos últimas décadas hay suficiente documentación, tanto en EEUU cuanto en sus ensayos europeos y de países en desarrollo; en cuanto supone mayor coste, mayor complejidad y menor calidad y flexibilidad, además de la tremenda desigualdad que genera. Valgan las palabras de Barak Obama, respecto a EEUU:

El incremento creciente de los costes médicos presenta una de las mayores amenazas no solo para el bienestar de nuestras familias... si no para los mismos cimientos de nuestra economía”; “nuestro sistema sanitario está roto: es insostenible para las familias, para las empresas, es insostenible para los gobiernos federal y de los

Estados”; “No podemos posponer más este debate. La reforma sanitaria ya no solo un imperativo moral, es un imperativo fiscal (Obama, citado por Freire, 2009, p.1).

Es muy instructivo seguir las vicisitudes de este nuevo intento de un gobierno de los EEUU de universalizar la asistencia en el país con mayor gasto sanitario del mundo y que, sin embargo, deja a 40 millones de ciudadanos sin ningún tipo de cobertura sanitaria. Propuesta de reforma central en el programa electoral de Obama, que está chocando con la encarnizada resistencia de los lobbies farmacéuticos y de las empresas aseguradoras, que primero han conseguido devaluarla considerablemente, y que en la actualidad, con la mayoría republicana en el Congreso y la influencia del radicalismo ultraliberal del *Tea Party*, está seriamente en peligro.

En el otro extremo, aún en el adentro único del Capital, está el Estado de Bienestar, a la defensiva en la UE y en Canadá. Opción pública y universal. En su haber está, la cobertura universal y el desarrollo de programas sociosanitarios públicos condición indispensable para el desarrollo del modelo comunitario en salud mental. Últimamente hay una actitud ambivalente en los gobiernos que defienden aún la sanidad y los derechos sociales públicos; de una parte se proponen estrategias a los gobiernos ante la magnitud de los problemas de la salud mental, en acuerdos internacionales como Los acuerdos de Helsinki (2005)¹ sobre salud mental suscritos por los 52 Estados participantes o el Libro verde (promovido por la Unión Europea); y en nuestro país, La Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, aprobada, en 2007. Por otra parte, se aprueban recortes sociales – como los recientes en las pensiones-, o se precariza el empleo y se privatizan a ritmo creciente recursos públicos-, ante la presión de Los Mercados, ese nuevo fantasma en el que se cobija el Capital, en manos de unos pocos, que gobiernan el mundo.

Pues más allá de estas declaraciones bienintencionadas, prontamente contravenidas, el hecho es que hoy, por la falta de autoridad del Gobierno central – cuando no con su aquiescencia- se están derrumbando las bases de los servicios públicos garantistas propios de un Estado del Bienestar. Está la avanzada ultraliberal y neofranquista de los gobiernos conservadores de algunas Comunidades Autónomas, como las de Madrid y Valencia, y están políticas organizativas que desbaratan los pilares del Sistema, la atención primaria, la salud pública y la forma de organización comunitaria, en su voracidad privatizadora. En salud mental, en estas Comunidades, estas políticas están fragmentado las redes de atención sociosanitaria y potenciando la vuelta a los hospitales psiquiátricos.

En la Comunidad de Madrid se han incrementado las camas concertadas de la llamada larga estancia en los Hospitales de las Órdenes religiosas y, como en los años anteriores a la Reforma, se están enviando pacientes a hospitales psiquiátricos fuera de la comunidad. Involución que se ha visto favorecida no solo por la derechización global del mundo a la que me refería antes, sino que ha sido posible también por cuestiones propias como la ausencia de una legislación que desarrollara a nivel del Estado unos programas comunitarios de salud mental y el control de su desarrollo.

Por el contrario, determinadas normativas, como la Ley 15/1997, pactadas entre los principales partidos de la nación, han abierto la puerta a la privatización, sin duda con el señuelo de las supuestas ventajas de la gestión mixta o privada de servicios. Una privatización cuyo riesgo no está solamente en el incremento del gasto sanitario público ni en la desigualdad en la asistencia.

La sanidad concertada implica además algo que no se suele tener en cuenta: que el cargo político se hace amo y señor de los profesionales de la salud. La privatización crea necesariamente unas dependencias y servidumbres que, como señala Paco Pereña, aniquila de manera irreversible la capacidad de pensar por cuenta propia, de decir que no y tomar una posición crítica constante con lo que se hace (Pereña, 2008). Los profesionales debemos tener esto claro, pues la cuestión ahora no está como en aquellos acalorados debates del inicio de la democracia, sobre si asalariados o acto médico; no vamos a dejar de ser asalariados con la privatización, vamos a ser funcionarios de la empresa privada, con todas las ventajas e iniquidades que la ley del mercado nos depare. Entre otras, la facilidad con que pueden taparnos la boca, como ya está sucediendo en lugares donde la concertación es alta. Y por último en relación a la dimensión política, un hecho importante: no podemos olvidar que la reforma sanitaria, y más concretamente la psiquiátrica fue un pacto como la transición democrática toda, un pacto que dejó intacto el poder académico y económico de la psiquiatría franquista. Solo tuvo que esperar tiempos mejores para recuperar el liderazgo.

La comunidad y la demanda

El segundo actor en las políticas sociales si hablamos de las sociedades democráticas, es el ciudadano y sus organizaciones, aunque solo sea porque vota cada cuatro años. De hecho, por esa presión del voto, la ciudadanía empieza a jugar un papel cada vez más importante a la hora de la definición de las necesidades y en la creación de servicios para satisfacerlas. Los consumidores de los servicios sanitarios y sus familiares quieren ser algo más que receptores pasivos de los servicios o cuidadores informales de los pacientes mentales. Presión ciudadana que va a condicionar, para bien y para mal, la expresión de la necesidad, la demanda. Para bien y para mal, en cuanto que la relación entre usuarios y actores sanitarios no es simétrica, hay una relación de agencia gracias a la experticia de los técnicos y a la ausencia de cultura sanitaria de la población. Una asimetría que hay que intentar resolver si queremos solucionar satisfactoriamente la cuestión de la adecuación de las necesidades a las demandas con algo más que buenas intenciones. Para bien y para mal en cuanto la demanda, está influenciada en el usuario por la medicalización de la sociedad y por un imaginario social llenos de prejuicios.

Poder de los ciudadanos que pueden estructurar no solamente los servicios asistenciales y su distribución, sino también la clínica, la investigación (¿qué prioridades?), y el debate político (¿qué lugar para la salud mental, para la rehabilitación, para los trastornos de la personalidad?). Tenemos ejemplos recientes con las Unidades de Trastornos de la Conducta Alimentaria que se han creado en Madrid fagocitando los recursos ya precarios de la salud mental, en contra de la opinión del grupo de expertos - en razón de otras prioridades - creado por la propia Consejería. O la creación de unidades de fibromialgia en Barcelona. La planificación de los recursos queda en estos casos a merced de lobbies societarios, cosa que no puede extrañarnos en una sociedad deficitaria democráticamente donde la participación brilla por su ausencia; donde hay un progresivo declinar del sentido comunitarista, de los valores globales, de los derechos colectivos y una proliferación de comunidades diversas.

Una sociedad donde cada vez más existe el riesgo de confundir identidad con grupo separado: viejos, homosexuales, negros, mujeres, enfermos mentales, y dentro de estos por patologías; bipolares, esquizofrénicos, límites, trastornos de conducta

alimentaria, levantando vallas, fronteras que solo sirven para fragmentar la sociedad. Se pasa de una alienación, el paternalismo sanitario, a otra, la confusión del imaginario colectivo influenciado por los media sobre el ideal físico, psíquico y social: la utopía personal se fabrica en la publicidad; las empresas crean una insatisfacción organizada que sirve a la alienación y al mercado.

Además, en España no hay prácticamente asociaciones de usuarios, de pacientes mentales; las asociaciones que han avalado la reforma han sido las asociaciones de familiares. Asociaciones que ahora, ante la insuficiencia de recursos de atención a la cronicidad, sanitarios y sociales, empiezan, en algunos casos, a apoyar la vuelta al hospital psiquiátrico, hartas las familias de ser el soporte de la desinstitucionalización. No podemos olvidar que España sigue siendo uno de los países que menos gasta en protección social de la Europa de los 15, concretamente en gasto sanitario está un 50% por debajo de lo que le correspondería por su nivel de riqueza, según datos de Navarro (2009), lo que repercute gravemente en los recursos de atención a la cronicidad psiquiátrica.

Por otra parte, a diferencia de Brasil, la participación de las asociaciones en la planificación, desarrollo y evaluación de los programas de salud mental en España es escasa, y suele estar dentro de la órbita del poder, de la que viven, gracias a subvenciones. Fuentes de financiación y dependencias de las administraciones a las que, últimamente, se une el patrocinio de las empresas farmacéuticas, que se han dado cuenta que la presión de los familiares-usuarios puede ser importante en la prescripción. De ahí que en paralelo con el ingente crecimiento del gasto en neurolépticos, el estigma y la rehabilitación han entrado en la agenda de las multinacionales farmacéuticas y, por tanto, de los psiquiatras líderes de opinión a su servicio.

La dimensión técnica

Si entramos a analizar la dimensión técnica-asistencial, lo primero sería preguntarnos, en este contexto político, con esta demanda social ¿qué pasa con la asistencia psiquiátrica? ¿Qué programas? ¿Qué clínica es posible? ¿Cómo se configura la teoría? ¿Es posible todavía un quehacer psiquiátrico comunitario? ¿Cuál es hoy el debate técnico? El Libro Blanco de la Psiquiatría Francesa, editado por la *Fédération Française de Psychiatrie*, que agrupa a las diferentes asociaciones de psiquiatría y salud mental de ese país (*Fédération Française de Psychiatrie*, 2003) habla de una crisis que está cuestionando la misma supervivencia de la psiquiatría y mucho más de la salud mental comunitaria. Señala el riesgo de que la psiquiatría esté perdiendo su razón de ser, ante el avance de una ideología que reduce la enfermedad mental a las ciencias moleculares del cerebro, y una demanda social proteica, medicalizada, producto de las nuevas formas de gestión del malestar, que por parte de los gobiernos busca en la terapias soluciones a las fallas sociales, y por parte de los ciudadanos, atajos a la felicidad.

El ideal de la psiquiatría conservadora en boga, “un mundo, un lenguaje”, ese sentido único del mundo llevado a la psiquiatría que se viene fraguando en las últimas décadas de la mano del utilitarismo americano, en aras de un pretendida eficacia, culmina con la elaboración de los DSM, sobre todo a partir del DSM III². Manera de entender la práctica psiquiátrica que hace borrón y cuenta nueva con toda la historia de la psiquiatría, de la construcción psicopatológica de la enfermedad mental; con ella podemos desprendernos, por pre-científicas, de las obras de Pinel a Falret, de Grissinger a Kraepelin, de Jaspers a Bleuler, de Freud

a Enry Ey. Por citar unos pocos que no cumplen criterios. En el esfuerzo por reducir la psiquiatría al hecho físico, a la medicina del signo, tenemos marcadores biológicos, predictores de respuesta, *spet* cerebral, protocolos, escalas, meta-análisis ronzomizados, y una propedéutica, un brevariario que ha convertido en datos toda la semiología psiquiátrica, estableciendo criterios diagnósticos en base a ítems agrupados binariamente (presencia/ausencia) o según intensidad o gravedad, y escogidos por consenso, o por votación.

Esta evolución de los DSM es significativa de la evolución de la psiquiatría biológica. En la 4ª edición del DSM (DSM-IV), se eliminó el diagnóstico de trastorno mental orgánico en un intento de hacer ver que todos los trastornos mentales pueden tener una base biológica o una causa “médica” (se entiende la medicina como sólo biológica), que pasa a denominarse: síndrome confusional (*delirium*), demencia, trastorno amnésico y otros trastornos cognitivos. Posteriormente, ahondando en el mismo esfuerzo por hacer hincapié en la base orgánica de la enfermedad mental, el DSM IV y la revisión TR excluyen el término psicogénico. De forma similar se ha eliminado el término neurosis. Robert L Spitzer lo dejó claro en su introducción al DSM III, manual por antonomasia de la psiquiatría actual, que define y defiende como ateórico, y como ahistórico (American Psychiatric Association, 2002; Valdés Miyar, 1983).

Como lo tiene también claro el otro gran libro paradigmático de la psiquiatría estadounidense, “el Kaplan” (Sadock & Sadock, 2009), que en su capítulo sobre “Signos y síntomas” dedica poco más de una página a dar cuenta de éstos términos, y de los conceptos de neurosis y psicosis, cito textualmente, “los considera necesario mencionar porque se siguen utilizando en el hablar coloquial de los profesionales”. Eso si dedica las 10 páginas siguientes del capítulo a un glosario alfabético de términos donde se confunden los signos con los síntomas y con los síndromes. La última edición de la Sinopsis, la 10ª, de 2009, tiene 1470 páginas.

No es de extrañar que Lantéri-Laura, en su libro sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna, no se atreviera a considerar un nuevo paradigma a la psiquiatría que se hace desde 1977, fecha de la muerte de Henry Ey, y en la que hace finalizar el periodo de las estructuras psicopatológicas (Lantéri-Laura, 2000). Una psiquiatría que Lantéri-Laura se pregunta ¿a qué precio puede prescindir de toda referencia a una psicopatología? ¿Qué precio se paga y qué esconde este desprecio por la historia, por el sujeto enfermo, por la clínica? Pues, a poco que uno quiera, es difícil no querer ver la necesidad de una psicopatología que aporte un cuerpo teórico a nuestra práctica, que nos permita comprender la enfermedad mental y el diagnóstico y la terapia en sus enfoques psicológico, biológico y social. No hay hechos sociales sin sujeto ni sujeto sin historia ni una semiología del enfermar psíquico construida con signos aconductuales, sin sentido. El utilitarismo supuestamente ateórico de la psiquiatría hoy hegemónica encubre una teoría pseudopositivista consecuente con las tendencias neoliberales del momento. Supuesta verdad científica que encubre una práctica, tanto en la investigación, como en la clínica o la lucha contra el estigma, que desaloja al sujeto en beneficio del mercado.

Decía Luis Martín Santos, en *Libertad, transferencia y psicoanálisis existencial* (Martín-Santos, 1964) que no hay posibilidad de desposeer a ningún acto de la conducta humana de un resto de interpretabilidad, salvo en los comas y actos aconductuales puros. El intento de identificar el síntoma de la medicina reducida a biología con el síntoma de la psicopatología es tan burdo intelectualmente como intentar reducir todo el universo

a la razón biológica. O explicar el origen de la especie humana por el creacionismo.

Es con este modelo reduccionista con el que tiene que lidiar su sostenibilidad técnica el modelo comunitario construyendo una clínica diferente, donde se tenga en cuenta a la comunidad no solo como usuaria, donde la red de prestaciones y la continuidad de cuidados garantice la asistencia los más frágiles, donde quepa el sujeto, donde la clínica no acabe en el diagnóstico y la prescripción farmacológica.

La sostenibilidad del modelo está en reinventar la clínica como una construcción de posibilidades, como construcción de subjetividades, para poder responsabilizarse del malestar del sujeto, de los síntomas de su enfermedad, con otro paradigma científico centrado en el cuidado y la ciudadanía. Una clínica ampliada, según la expresión de Jairo Goldberg (Goldberg, 1996) donde se articule un eje clínico con un eje político. Pues el caso es que durante todos estos años de reforma psiquiátrica en España, hemos conseguido programas eficaces, más eficaces que nunca, en especial en la atención a la cronicidad, en la rehabilitación psiquiátrica, en la coordinación con atención primaria, en el trabajo en red. Pero tampoco cabe duda sobre que estos programas, en muchas ocasiones, son flacos psicopatológicamente. Y añadiríamos más, no siempre respetuosos con la autonomía del paciente, lejanos a las ideas de recuperación y empoderamiento tan necesaria en la atención comunitaria. Lo comunitario no es la rotación por los centros de salud mental, como figura en el nuevo programa de formación de los médicos residentes en psiquiatría, aunque estos sean, con la continuidad de cuidados el eje fundamental de la integración de la terapia y el cuidado.

Ni un programa de atención a los pobres, como ha quedado reducido en EEUU. Lo comunitario no son los centros de salud mental ni los hospitales de día ni la atención a domicilio. Lo comunitario es el trabajo en la red, es la acción en un territorio en continua interacción con sus ciudadanos y sus organizaciones. Una ciudadanía que forma parte del proceso, que hace suyo el proceso asistencial. Desde ese gobierno compartido, que no es del hospital ni del centro de salud mental, son comunitarias tanto las unidades de agudos como las plazas residenciales.

Los profesionales

Y esto nos lleva a los profesionales, y a su compromiso con el modelo comunitario. Aquí hay un problema de reconocimiento. La falta de un currículo profesional. En buena parte de las Comunidades Autónomas el esfuerzo comunitario ha partido de un voluntarismo militante, que en muchos casos ha llevado al desánimo, ante las dificultades de cambiar las cosas y una falta de estatus profesional. De una parte la industria como patrocinadora de la ciencia, por otra la indiferencia de la Administración para con los profesionales de lo público avocados a una práctica rutinaria entre la presión asistencial y la falta de incentivos. La investigación queda fuera de la labor clínica cotidiana. Hay una clara disociación entre quienes hacen clínica y quienes hacen investigación, o bien, en el ámbito de los servicios, entre quienes ven pacientes y quienes escriben sobre cómo se ven los pacientes.

Brecha que hace que las preguntas que responden los investigadores no sean las que se producen en la clínica, y disociación que hace que los trabajos sobre clínica sean muchas veces revisiones de la literatura internacional de escasa aplicación

a la práctica cotidiana. No hay, por lo general, al menos en la asistencia pública, equipos que se planteen la actividad como una praxis que una la teoría y la práctica, porque no hay de verdad un trabajo en equipo. Y solamente desde un equipo que sea sujeto de una praxis, en el sentido marxista, dialéctico del concepto, será posible recuperar la clínica psicopatológica de ayer, hecha en el adentro de la cerca de las instituciones hospitalarias, y sobre ella construir una nueva clínica que de cuenta de la diversidad del ser humano, que se construya desde la libertad y ciudadanía del paciente en fluida confluencia con otras ramas del saber y de la técnica.

El futuro de la psiquiatría y la salud mental

En cualquier caso, el futuro de la psiquiatría no se juega en la falsa confrontación psiquiatría biológica, psiquiatría social o dinámica. Se juega, en primer lugar, al igual que la sanidad toda, entre sistema público de salud, o privatización de los servicios. Y en segundo lugar, entre un modelo médico reparador frente a un modelo sanitario orientado por la Salud Pública. La reforma psiquiátrica y, por tanto, la implantación del modelo comunitario, inició su andadura en nuestro país en el horizonte del Estado de bienestar, en el marco de una reforma que garantizaba el aseguramiento público y universal de todos los ciudadanos en los servicios sanitarios y sociales. Un modelo que descansa en el Área de Salud como espacio ordenador de la red sanitaria y con la atención primaria como puerta de entrada del sistema. Garantizar la atención continuada a buena parte de los enfermos mentales exige de estas garantías, de este aseguramiento público y universal. Un Sistema Nacional de Salud público y universal, frente a las iniciativas de financiación privada o la medicina gestionada, es quizás la más importante de todas las condiciones de posibilidad para la sostenibilidad del sistema. Pero ahí, en esa instancia de reivindicación ciudadana, no acaba la tarea.

Queda la labor como profesionales tanto en el día a día de la clínica cuanto la influencia como expertos en la propia comunidad. La sostenibilidad del modelo implica su aceptación por parte de la población, y esto supone cambios en el imaginario colectivo. Cambios en la representación social de la enfermedad y su tratamiento que solo pueden llegar cuando el modelo comunitario sea percibido por la población, entre a formar parte de ella, porque esté implicada activamente en la tarea. Hoy en día el hospital psiquiátrico, la gran institución opresora que movilizó las reformas psiquiátricas tras la II Guerra Mundial, ya no es la principal causa de exclusión. Aunque perdure, más o menos disfrazado, ha perdido su hegemonía, es un residuo. Los muros a derribar son otros y están en la cabeza de buena parte de los profesionales y en el imaginario social, en el imaginario colectivo de los pueblos. Derribarlos supone, digámoslo de nuevo, un trabajo clínico, la recuperación del pensamiento colectivo en los equipos, y supone, sobre todo, algo más, un trabajo ciudadano y social, desde las herramientas

de nuestros oficios para cambiar un imaginario colectivo que deposita cada vez más las dificultades y malestares a los que arroja al ciudadano la creciente alienación de la vida cotidiana en manos de expertos y chamanes, convirtiendo muchas veces en síntomas la incapacidad para hacer frente a los reveses de la existencia, o las fallas de un sistema social que predispone, cuando no provoca y prolonga las llamadas enfermedades mentales.

Por último, hay palabras como compromiso y responsabilidad, que cimentaron los procesos de cambio social que parecen haber perdido su valor, abandonados los ideales de progreso y solidaridad, entre tanto idiocia política, tanto fraude social e indignidad empresarial y tanto pacto cobarde con la vida. Sin dignidad, como dijera Jean-Paul Sartre, la humanidad se deshumaniza, no entiende del cuerpo y sus afectos, es pura animalidad (citado por Fanon, 1963). No se trata de convertir la tarea comunitaria en una obra de héroes militantes de la causa común, se trata de reconocer que no todo vale, que no podemos defender un modelo comunitario si practicamos la misma clínica que aquellos que denostamos. Que más allá de las palabras, la defensa de un modelo comunitario supone un compromiso diario clínico, ético y por tanto político.

Referencias

- Amarante, P. (2005). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 2*. Rio de Janeiro: Nau.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Fanon, F. (1963). *Los condenados de la tierra*. México: FCE.
- Fédération Française de Psychiatrie (2003). *Livre blanc de la psychiatrie*. Paris: Jhon Libbeey Eurotext.
- Freire, J.M. (2009). *Reforma Sanitaria en los EEUU: Obama de las promesas electorales a los hechos. E-ras*. Recuperado de <http://www.opinionras.com/index.php?q=node/793>
- Goldberg, J. (1996). *Clínica da Psicose*. Rio de Janeiro: Te Corá.
- Lantéri-Laura, G. (2000). *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*. Madrid: Triacastela.
- López Petit, S. (2009). *La movilización global: breve tratado para atacar la realidad*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Mandeville, B. (1982). *La fábula de las abejas, o cómo los vicios privados hacen la prosperidad pública*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Martín-Santos, L. (1964). *Libertad, temporalidad y transferencia en el psicoanálisis existencial*. Barcelona: Seix Barral.
- Navarro, V. (2009). *El subdesarrollo social en España: causas y consecuencias*. Madrid: Público.
- Pereña, F. (2008). El PP, la democracia y la sanidad pública. Fundación Sindical de Estudios [On-line]. Recuperado de <http://www.fundacionsindicaldeestudios.org/22/02/2008>
- Ramonet, I. (2010). *La catástrofe perfecta*. Madrid: Público.
- Sadock, B. J. & Sadock, V. A. (2009). *Kaplan & Sadock: sinopsis de psiquiatría*. (10ª ed.) Barcelona: Philadelphia.
- Valdés Miyar, N. (1983). *Breviario DSM-III*. Barcelona: Masson.

Nota

1. Declaración Europea de salud Mental de Helsinky de los Ministros de Sanidad de la región Europea de la OMS se puede descargar encontrar en línea en: www.cgcom.org/internacional/europa_dia/2005/176_salud_mental.htm
2. DSM-III: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Press, Washington, DC, 1980.

Manuel Desviat es Psiquiatra y director de la revista *Átopos, salud mental, comunidad y cultura*. Trabaja en el Servicio de Salud Mental de Tetuán. Madrid. España. Dirección: C/ Maudes, 32, 2803 Madrid, España. Dirección residencial: Juan de Austria 30, 4º A - 28010 - Madrid. España. Celular: 34.629750790. Trabajo: 34 91.5347363/9920. Fax: 34 915349130. E-mail: desviatm@gmail.com