

CONTROVERSIA

VIGENCIA DEL MODELO COMUNITARIO EN SALUD MENTAL: TEORÍA Y PRÁCTICA¹

(Rev GPU 2007; 3; 1: 88-96)

Manuel Desviat²

A Juan Marconi y Luis Weinstein, promotores de las experiencias de salud mental colectiva en el Chile de la Unidad Popular, responsables en buena parte de mi militancia comunitaria desde entonces.

Hay un dónde y hay un cómo para que podamos hablar de salud mental comunitaria. Un dónde y un cómo que determinaron el origen y el desarrollo de la salud mental comunitaria en los diferentes países, y que determinan hoy la vigencia y las tendencias futuras de este modelo; de esta forma de pensar y practicar la salud mental. Podríamos decir que la forma cómo una sociedad afronta la desviación y la locura define su talante moral, sus valores cívicos. La forma de atender a los pacientes más frágiles, más incapacitados es un indicador que mide la equidad de los sistemas sanitarios. Es por ello que el inicio de las reformas coincide en todos los países con momentos de mayor sensibilidad social. Son momentos históricos como sucedió en América Latina, en Chile, hace más de treinta años, durante el gobierno de la Unidad Popular, donde se dieron todas las condiciones para el desarrollo de la salud mental comunitaria.

¹ Entre el 23 y el 27 de octubre de 2006 se llevó a cabo en Santiago de Chile el IV TALLER INTERNACIONAL DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA COMUNITARIA, organizado por la Escuela de Salud Pública y MEDICHI, Programa de Educación a Distancia, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. En este Taller Internacional, parte de la IV Versión del Diploma de Postgrado en Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria, Semipresencial, de dicha Facultad, participó como Profesor Internacional el Dr. Manuel Desviat, uno de los líderes de la Reforma Psiquiátrica española, ex presidente de la AEN (Asociación Española de Neuropsiquiatría. Profesionales de la Salud Mental) y consultor internacional de la OMS.

A solicitud del Comité Académico de este Diploma, el Profesor Desviat ha actualizado el texto de su Conferencia de igual título, para ser publicada en *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*.

² Psiquiatra. Director Inst Psq Serv Salud Mental José Germain. Coordinador de Salud Mental Área 9 de la Comunidad de Madrid. mdesviat.ipjg@salud.madrid.org

Existía “la comunidad”, comunidades organizadas, con capacidad de *empowerment*; existía sensibilidad política frente a las desigualdades, un servicio nacional de salud, un Estado social; existía, fundamentalmente, una sociedad civil que quería apropiarse de su historia, de sus servicios esenciales, como la sanidad, como la atención a la salud, y un grupo de profesionales con el interés y la formación suficientes para llevar a cabo las reformas necesarias. Pues, en mi opinión, no hay psiquiatría comunitaria sin ciertas condiciones; hay unas exigencias para que podamos hablar de psiquiatría, de salud mental comunitaria, si entendemos la salud mental comunitaria como algo más que pasar consulta fuera de los hospitales psiquiátricos o de las unidades de psiquiatría de los hospitales generales; como algo más que una atención extra hospitalaria; y como algo más que unos programas para grupos marginales, experiencias piloto para poblaciones en riesgo, o una psiquiatría pública para pobres.

La salud mental comunitaria exige unos servicios públicos en el horizonte del estado del bienestar y una participación ciudadana que va más allá de la óptica del consumidor; una ciudadanía responsable que incorpora valores democráticos y responsabilidad compartida; alejada, sin duda, no sólo de las dictaduras sino también de las mayorías electorales artificiales, del desinterés electoral y político, que fundamentan el llamado “déficit democrático” que domina hoy en los países desarrollados.

LA REFORMA PSIQUIÁTRICA

En sentido estricto, la psiquiatría comunitaria surge en los pasados años sesenta en el contexto de la política desinstitucionalizadora de EE.UU., y se extiende por todo el mundo llegando a designar el modelo clínico asistencial de la Reforma Psiquiátrica; de los diferentes procesos que constituyen lo que hoy llamamos Reforma Psiquiátrica, desde la psiquiatría del sector francés a la reestructuración psiquiátrica en América Latina. Reforma psiquiátrica cuyos principios y objetivos se inscriben en el movimiento de transformaciones sociales, en el proceso de reordenación de las políticas sociales y económicas iniciadas tras la Segunda Guerra Mundial, cuando se busca combatir las desigualdades sociales y, por tanto, la legitimación de los gobiernos a través de la mejora de las prestaciones públicas. Hay un dónde, la fuerza renovadora de los movimientos sociales en los años sesenta y el auge de las nuevas orientaciones de la salud pública: la llamada Nueva Salud Pública, con su énfasis en la prevención; y el desarrollo de la Atención Primaria. La Organización Mundial de la Salud incita a

un cambio de estrategia: La responsabilidad de la sanidad pública ya no es sólo la reparación del daño o el control de las epidemias sino hacerse cargo del cuidado de la salud de la población, de la demanda que acude y de la que no acude. La medicina se piensa como rama de la salud pública; la psiquiatría como parte de la salud mental³. Hay un dónde y en la asistencia psiquiátrica un por qué: poderosas razones técnicas, la ineficacia, el fracaso como instrumento terapéutico del hospital psiquiátrico, del manicomio, y una razón ética, la necesaria restitución de la dignidad y sus derechos como personas a los pacientes mentales.

El cierre de los hospitales psiquiátricos y la creación de recursos alternativos en la comunidad se convierten pronto en el objetivo común de todos los procesos de reforma psiquiátrica; desinstitucionalización y consecuente encuentro con la comunidad que plantea, más allá del inicial ingenuo optimismo, la necesidad de desarrollar nuevas herramientas, desde la clínica a la prevención y a la rehabilitación. Lo que supone tres grandes desplazamientos que van a configurar el modelo comunitario: 1) Del sujeto enfermo a la comunidad; 2) Del hospital a los centros comunitarios; 3) Del psiquiatra al equipo. O en palabras de Jacques Hochmann, en su libro *Pour une psychiatrie communautaire* (Hochmann J, 1971), la difusión de tres poderes: del beneficio terapéutico, del espacio terapéutico y del poder terapéutico. Lo que supone:

1. La estrategia de intervención se traslada del sujeto enfermo a toda la población, incorporándose nuevos instrumentos, diagnóstico comunitario, estudios de la demanda, y nuevas nociones como población en riesgo, grupos vulnerables, intervención en crisis. Se busca la integración de los tres niveles clásicos de atención, en un proyecto te-

³ En 1974 el Informe Lalonde del gobierno de Canadá, con el que se configura la Nueva Salud Pública, señala que en lugar de gastar tanto en los aspectos asistenciales, la atención debe dirigirse hacia los factores que inciden en la aparición de las enfermedades crónicas. La conferencia de Alma Ata en 1978 constata que el aumento de los presupuestos sanitarios dirigidos a los capítulos asistenciales no se corresponde con una mejora de la salud, proponiendo trasladar el eje de la atención desde la asistencia hospitalaria a la atención primaria, preventiva y promotora de salud. La OMS propone como objetivo “Salud para todos en el año 2000”, un conjunto de medidas y recomendaciones encaminadas a la promoción de estilos de vida dirigidos a la salud, a la prevención de enfermedades evitables y al establecimiento de servicios sanitarios.

rapéutico único, bien definido por Gerald Caplan en *Principios de psiquiatría preventiva* (Caplan G, 1966).

2. En la ordenación de los servicios se pasa del servicio de psiquiatría a los servicios de salud mental. Algo más que un cambio de nombre, como bien dice Benedetto Saraceno (Saraceno B, 1999), significa una nueva formulación de las políticas asistenciales y el paso del abordaje biomédico al abordaje biomedicosocial⁴, con una mayor pluralidad y horizontalidad de los equipos; desplazamiento que lleva al reconocimiento de la importancia de la función de la comunidad, no sólo como usuaria sino como generadora de recursos que deben aliarse con los específicamente técnicos.

⁴ En los últimos números de Gaceta de Psiquiatría Universitaria se ha abierto un debate (Madariaga C, 2005; Villarino H, 2006; Villarino H, 2006; Gaete J, 2007) sobre la psiquiatría comunitaria. No podemos estar de acuerdo con el doctor Hernán Villarino, cuando en su respuesta a Carlos Madariaga y a Joaquín Gaete utiliza una supuesta inviabilidad científica del modelo biopsicosocial para plantear la insuficiencia teórico-práctica de la psiquiatría comunitaria. En primer lugar, es dudoso que la medicina, y por tanto, la psiquiatría, sea una ciencia, aunque utilice medios cuya eficacia sea garantizada cada vez más científicamente. Por último, no hay un modelo médico. Hay distintos modelos, y el problema es cuando alguno de ellos se erige en teoría-verdad, y pretende reconstruir todo el universo técnico-científico-filosófico desde sus propios fundamentos, sean biológicos, psicológicos o sociales. Además, la suma no hace el todo, y tener en consideración el conjunto de factores y enfoques que intervienen en un hecho no es intentar "comprenderlos a todos en una unidad". La psiquiatría comunitaria es una orientación de política sanitaria, una manera de entender la organización de los servicios, una estrategia entroncada con la salud pública, un marco cuyo enfoque biopsicosocial permite pensar la salud y la enfermedad, y su cuidado, sin reduccionismo, donde cabe la fenomenología, el psicoanálisis, la psiquiatría biológica... El debate sobre la viabilidad de lo comunitario debería remitirnos no al debate sobre la científicidad del modelo biopsicosocial sino a la viabilidad o no de lo comunitario como apuesta social. Y desde ahí podemos leer las teorías de Jürgen Habermas que cita Villarino sobre la eficacia comunicativa, como formas de las diferentes interpretaciones de base científica de ganar legitimidad en el contexto de la democracia deliberativa, comunitaria; como base de la ciudadanía y de la renovación civil que hoy constituyen la participación colectiva, sin la cual no hay auténtica actividad comunitaria (pero sí puede haber modelo biopsicosocial).

3. Al reconocimiento de los derechos de los pacientes, de su autonomía y su necesaria participación en el proceso de atención, su necesaria contribución para garantizar la adecuación de los tratamientos en el proceso de planificación y programación⁵.
4. Supone la necesidad de crear redes complejas con recursos formales e informales, que garanticen la *continuidad de cuidados*. Continuidad de cuidados que constituye un elemento clave de la atención comunitaria, tanto en los países donde la cobertura universal se desgrana en diferentes agencias o administraciones, como por ejemplo en Canadá, como en los que existe un servicio único.
5. Supone la necesidad de una programación flexible y pertinente, los pacientes cambian en los largos procesos que suponen con frecuencia los trastornos mentales, mientras los proyectos terapéuticos se mantienen, muchas veces, inmutables; los procesos cambian y exigen un amplio menú de acciones terapéuticas y de apoyo comunitario, que abarquen desde la urgencia a la vivienda supervisada o el trabajo protegido.
6. Las técnicas utilizadas por un programa sanitario pueden haber demostrado su utilidad en su lugar, en un contexto, en unas personas, y hasta en un momento de la enfermedad de estas personas y no en otras. Hace falta una adecuación que suele suponer un cambio de orientación de los servicios y, siempre, la puesta en común de los distintos actores del hecho sanitario, de los distintos poderes y espacios: del planificador, del gestor, de la comunidad donde se desarrolla el programa, y del propio usuario⁶.

⁵ Actuando de modo que se salve, al menos en parte, la asimetría existente, esa omnipotente relación de agencia, que permite que las personas que recurren a los servicios de salud mental sean consideradas, como escribe Judi Camberlin, del National Empowerment Center (Lawrence, MA EEUU <http://www.power2u.org> (OPAS/OMS, 2001), receptores pasivos e incapaces de articular sus necesidades y deseos particulares, que son decididos por los expertos).

⁶ Si nos fijamos de nuevo en el proceso de planificación, vemos que se inicia por un análisis de la situación, por una identificación de las necesidades; de las necesidades sentidas expresadas por la población (demanda) y de las necesidades expresadas por los técnicos (normativa), que están condicionadas por el nivel cultural y la oferta de servicios. Pero sobre todo, sabemos, que estas estimaciones en programas de salud mental tienen que ir acompañadas de la apreciación del conjunto de necesida-

7. La psiquiatría comunitaria supone pasar de la curación al cuidado y a la rehabilitación, cuyo objetivo último es conseguir la mayor autonomía para los pacientes con trastornos graves y persistente en un medio lo más normalizado posible. Surge el desarrollo de conceptos como empoderamiento (*empowerment*), resiliencia y recuperación (*recovery*).

La psiquiatría comunitaria representa algo más que un cambio de técnicas; implica nuevas actitudes en el qué hacer cotidiano de las profesiones sanitarias y, por supuesto, una planificación y ordenación de los sistemas públicos que la posibiliten. Implica un modelo de salud pública que trascienda la mera asistencia clínica, centrada en el enfermo como asiento individual de patología, para proyectarse en la comunidad tratando de producir cambios positivos en sus instituciones: colegios, empresas, asociaciones ciudadanas, y en la comunidad misma, a fin de modificar los factores que predisponen a la enfermedad y posibilitar más bienestar o al menos la información necesaria para una vida más saludable. Conlleva una discriminación positiva que prioriza los grupos de riesgo y la atención al paciente grave y al paciente psicótico crónico, sin abandonar por ello el resto de trastornos, desde la atención a esos síntomas mínimos persistentes, patologías del existir, a los trastornos de la personalidad. Se pretende la prevención y promoción de la salud integrada con la prevención secundaria y la rehabilitación.

Una estrategia que, además de reorientar la sanidad del primer mundo, puede facilitar el desarrollo de los sistemas sanitarios de los países en vías de desarrollo y de baja renta, superando los sistemas de salud benéficos o de seguros sociales sin el coste elevado de la medicina basada en los complejos hospitalarios y las prestaciones médicas individualizadas. Estos son, a mi entender, algunos de los principios fundamentales que han inspirado la atención comunitaria desde sus orígenes hace ya más de medio siglo, configurando el modelo de atención de la reforma psiquiátrica, una estrategia que supone una nueva forma de organizar

los servicios, un modelo asistencial y un nuevo paradigma teórico que integra una clínica del hombre para el hombre, en una dimensión integradora, pública, donde se rompen las dicotomías individual/social, biológico/psicológico. Pero que ha sucedido en el desarrollo de este modelo ¿Qué con la reforma psiquiátrica? ¿Dónde estamos? ¿Hacia donde se prevé que vamos? ¿Cuál es su futuro en un universo donde fallan los pilares fundamentales que la sostienen: un Estado social y un modelo sanitario orientado por la Salud Pública, por la nueva salud pública? ¿Qué implicaciones tiene para la psiquiatría comunitaria el envite de la Medicina Basada en la Evidencia o las nuevas formas de gestión? Tiene vigencia el debate: ¿Psiquiatría biológica, psiquiatría comunitaria? ¿Métodos cuantitativos versus métodos cualitativos? ¿Hasta dónde es un falso debate? O lo que es más importante, ¿cómo repercuten estos modelos en la práctica, en la organización de los servicios y en el hacer de los profesionales? ¿qué modelos de atención son más eficientes?, ¿cuáles se acercan más a las necesidades de la población?

La primera respuesta seguramente se encuentra en el devenir de la comunidad, en qué entendemos hoy por comunidad, pues el discurso psiquiátrico se configuró en torno a una hipótesis terapéutica: el aislamiento del paciente de su entorno, en centros especiales, los manicomios, permitiría su tratamiento y curación o mejoría; la reforma psiquiátrica da un vuelco a la razón de los alienistas y considera la comunidad como el espacio normalizador, mientras el manicomio perpetúa y agrava con la cronicidad institucional la patología de los pacientes mentales. La nueva cronicidad que surge con la desinstitucionalización exigirá una revisión de los planteamientos y obligará a desarrollar los programas de atención a la cronicidad; lo que da lugar a la rehabilitación psiquiátrica.

El problema está en que con frecuencia hay “ausencia de la comunidad” en las prácticas que se consideran comunitarias, pues para que exista “comunidad”, entendida como un territorio, con su población, recursos y demandas, es preciso que el entramado poblacional pueda participar, tenga acceso a las decisiones y capacidad para involucrarse. Es preciso que la comunidad se convierta en sujeto sociológico que gestiona o participa activamente en la administración de aspectos fundamentales de las necesidades colectivas, atenta a la potenciación de su capacidad, de su *empowerment* (que viene a significar en nuestra lengua el traspaso a los ciudadanos, grupos, organizaciones y comunidades, del poder y la capacidad de tomar decisiones que afectan a sus vidas). Una definición que queda muy lejos de la capacidad de las experiencias comunitarias, aun

des sociales y de salud general Con especial relevancia la diversidad de la población: lengua, cultura, religión, a la hora de garantizar el acceso y el tratamiento apropiado. No se puede ignorar que los pueblos, las regiones y los grupos sociales tienen sus propios valores asociados con la salud mental, con los trastornos mentales. Su propia representación de la enfermedad mental y de las instituciones que la atienden.

de las más avanzadas, y que no ha despertado grandes reflexiones en la literatura psiquiátrica.

La exigencia de apoderamiento de la salud por parte de la comunidad viene de la mano de los movimientos de usuarios y familiares en todo el mundo. Movimientos de autoayuda, de soporte mutuo, de defensa de los derechos que reclaman desde posiciones más o menos integradas en los servicios de salud (usuarios) o radicalmente críticas (“ex psiquiatrizados” o “supervivientes”) la capacidad de intervenir en las decisiones que afectan a sus vidas. Movimientos como la poderosa Alianza Nacional para el Enfermo mental (NAMI), fundada en 1979 (en Madison, Wisconsin), que en el año 2000 tenía más de 1.000 filiales en EE.UU. con 220.000 miembros en 50 Estados; que busca cubrir la ausencia de recursos públicos de este país; al amplio movimiento ciudadano de Brasil que está forjando nuevas y creativas formas de salud mental colectiva⁷.

El problema está, de una parte, en no idealizar tampoco a la comunidad, no sobrevalorar sus posibilidades, como se hizo en los primeros años de la reforma psiquiátrica: cuando se pensó que abrir las puertas de los hospitales psiquiátricos, llevar a los pacientes a la comunidad supondría el fin de la cronicidad. Hay que tener en cuenta los límites y la situación de la comunidad que a veces se convierte, como señalaba Juan Marconi, en el principal retraso (Marconi TJ, 1973). Marco Marchioni, uno de los autores que mejor ha estudiado la acción comunitaria, como muchas veces los tres protagonistas de la actividad comunitaria: los administradores, que gobiernan *para* la comunidad, no con la comunidad; los técnicos *en* sus despachos, desconociendo otra actividad que no sea la atención individual; y la población que *delega* y no participa colectivamente, y cuando lo hace esta participación tiene la mayoría de las veces un carácter reaccionario (Marchioni M, 1999) (la exclusión de alguien, perjuicios...)

Por otra parte, sobre todo en los países más desarrollados, hay un declinar del sentido “comunitarista”; de los valores globales, de los derechos colectivos, y una proliferación de comunidades diversas. Existe el riesgo de confundir identidad con grupo separado: viejos, homosexuales, negros, mujeres, enfermos mentales, y dentro de éstos por patologías: bipolares, esquizofrénicos, límites, levantando vallas, fronteras que sólo sirven para fragmentar la sociedad.

LA CUESTIÓN DE LA CLÍNICA

La segunda cuestión está en la clínica, en la asistencia, en la teoría que sustenta el quehacer psiquiátrico comunitario: ¿cual es la situación hoy del debate técnico? La reforma psiquiátrica se hizo en la urgencia del cierre de los manicomios; en este proceso aprendimos a tratar de forma eficaz la cronicidad psicótica, surgió la rehabilitación y creamos redes de recursos en la comunidad. Hoy, en los lugares donde la reforma cerró e hizo perder su hegemonía al hospital psiquiátrico, la atención psiquiátrica tiene otros desafíos; queda por desarrollar una clínica más comunitaria, desprendida del lastre manicomial; una clínica del hombre para el hombre, clínica basada en la autonomía del paciente que aúne la experticia con la autonomía del sujeto tratado. Hoy tenemos que hacer frente a la reducción de la clínica, a la pérdida de la psicopatología en aras de una dudosa eficacia, de un saber instrumental, que ignora la esencia de las cosas; a una simplificación teórica que bajo la apariencia científica de encontrar un lenguaje común globalizado, ¿en beneficio de quién?, está suponiendo, como en otros ámbitos de la ciencia y la cultura, una vuelta a la aldea, una reducción provinciana del conocimiento. El problema no es la psiquiatría biológica ni la psiquiatría basada en la evidencia. El problema es que siendo necesario el abordaje biológico para entender ciertos mecanismos, se vuelve nefasto cuando se erige en teoría, cuando pretende reconstruir todo el universo de los saberes humanos y sociales desde sus fundamentos biológicos. La confrontación naturaleza *versus* crianza, hechos frente a valores, resulta irrelevante. No hay datos sin interpretación ni problema psicopatológico sin referencia al deseo. Tan importante es la genealogía de los genes como la genealogía cultural y mítica que se transmite con el barrio donde se habita, con la familia de la que se desciende. La clínica y la terapéutica no son sino una regulación adaptativa, dialéctica, que, ante cada caso, logra conciliar el carácter individual y singular del paciente con los conocimientos y habilidades del terapeuta. Una *praxis* cuyo saber teórico es incierto exige una continua confrontación con la realidad del paciente, histórica, social, orgánica, psicológica, y en ningún caso puede encasillarse en un prontuario, sea cual sea el algoritmo que lo sustente.

La pretensión de la psiquiatría biológica de hacerse con la verdad científica, de ahí su envite con la MBE, sería irrelevante, como he dicho, si no fuera por sus repercusiones asistenciales, por llevar pareja una psiquiatría que amparada en las neurociencias hace

⁷ Sobre el movimiento de usuarios ver los trabajos de Eduardo Vasconcelos (Mourao Vasconcelos E, 2003).

desaparecer al paciente en cuanto sujeto: el delirio será una falla neurofisiológica, poco importa su contenido. Por llevar pareja la vuelta a una psiquiatría tradicional, neuropsiquiátrica, que relega la salud mental, y por tanto lo comunitario, al campo de lo social. No es tanto la consistencia de la psiquiatría biológica, ni de su evidencia científica, lo que justifica su auge desde los años 1990 del pasado siglo; como factores de orden económico, he ahí el peso de la empresa farmacéutica, y de cambios en la política de los Estados, y en la demanda de las poblaciones.

En realidad, es muy posible, como en su día anunciaron los ideólogos de la Medicina Basada en la Evidencia, que exista una crisis de la medicina, y por tanto de la psiquiatría, unas técnicas en perpetua búsqueda de un paradigma científico, un paradigma kunhniano. Pero como señala el *Libro Blanco de la psiquiatría francesa* (Fédération Française de Psychiatrie, 2003) nos encontraríamos con una crisis no de la psiquiatría comunitaria sino de la psiquiatría. Lo que está en cuestión para los psiquiatras galos (la Federación que edita el libro agrupa prácticamente todas las asociaciones francesas de salud mental), es la supervivencia misma de la psiquiatría estrangulada por un reductor positivismo médico, que reduce la enfermedad mental a las ciencias moleculares del cerebro, las nuevas formas de gestión obnubiladas por los costes, y una demanda proteica, en los países ricos, en unas sociedades que han patologizado la vida cotidiana, psiquiatrizando el malestar. Un crecimiento de demanda que se hace ver también en las sociedades en vías de desarrollo, allí donde aumenta la oferta de servicios y la conciencia de su uso por parte de la población.

Esta demanda, y la delimitación de la oferta pública, la llamada "cesta de la compra sanitaria", constituyen uno de los temas más importantes a debate en Europa, en todos los países que han alcanzado la universalidad de la asistencia. Hace ahora diez años, en 1996, el *Boletín del Consejo Regional Europeo de la Federación Mundial de Salud Mental* (Henderson J., 1996), entonces entidad asesora de la Comisión Europea, recogía en un editorial la preocupación existente por definir el campo de actuación, las demandas que debían ser atendidas por la psiquiatría pública ("El modelo de atención de salud mental comunitaria ha tenido –decía, textualmente– un impacto negativo sobre la práctica psiquiátrica, desviando medios de los tratamientos y cuidados de los enfermos mentales graves hacia las personas que sufren "problemas de la existencia"), haciéndose eco de las voces que solicitaban una separación de la psiquiatría y la salud mental, relegando a ésta en manos de psicólogos, asistentes sociales.

Preocupación que no sólo responde a las opiniones de una psiquiatría conservadora sino que pone de relieve hechos que no habían previsto en los primeros planteamientos de la reforma psiquiátrica, de la psiquiatría comunitaria:

1. En primer lugar, el impacto que tendrían los llamados trastornos mentales comunes (Mata Ruiz I, 2006) o síntomas mínimos persistentes, que llegan a representar en los centros comunitarios de salud mental, en estudios de 2004 (Retolaza A, 2004) en España, el 70% de las consultas.
2. En los planteamientos iniciales de la reforma se pensó que la demanda de salud mental disminuiría o cambiaría al mejorar las condiciones de vida de las personas gracias a las mejoras sociales del desarrollo democrático y las políticas de bienestar y, en segundo lugar, por la mejor atención en Atención Primaria que asumiría parte del sufrimiento psicológico, y un mejor funcionamiento de la promoción y de la prevención de la salud a través de los sistemas públicos de salud.
3. En tercer lugar, los cambios políticos, la llamada globalización económica, impulsando recortes en las prestaciones sociales. "La sociedad no existe", llega a decir Margaret Thatcher" o en palabras de George Kennan, uno de los arquitectos del neoliberal consenso de Washington: "Hay que dejar de hablar de objetivos vagos e irreales, como los derechos humanos, el aumento de los niveles de vida y la democratización (...), aunque estos eslóganes queden bien, y de hecho sean obligatorios, en el discurso político" (Chomsky N, 2000; Guze SB, 1989).

Afirmaciones que no dejan de ser una *boutade*, provocaciones que podrían ser tan irrelevantes como cuando Guze exclama: psiquiatría biológica... ¿pero puede haber otra? (Guze SB, 1989; Desviat M, 2002), si no fuera porque responden a un cambio en la política asistencial. No es un debate inocente. El pragmatismo que domina la psiquiatría desde los años 1990 del pasado siglo, reduciéndola a un universo biológico desprovisto de valores, se corresponde con el predominio neoliberal, con la política insolidaria de la globalización, frente a las ideas más sociales, antropológicas y psicopatológicas de la psiquiatría comunitaria que se construyó en el horizonte del Estado de Bienestar. El debate hay que dimensionarlo en un contexto sanitario global, en el que señorean las ideas privatizadoras del Banco Mundial, el mito de la competencia y el mercado interno como regulador y dinamizador del sistema sa-

nitario, el enfermar como un asunto de responsabilidad individual, la omnipotencia de la psicofarmacología, y el desplazamiento a la biología y a la genética de fracturas éticas y sociales de la organización política de la sociedad. Esta afirmación queda clara si examinamos rápidamente la evolución de la psiquiatría comunitaria y su situación en la actualidad a través de su evolución en algunos países.

Uno de los extremos lo representa la consideración que hoy tiene la psiquiatría comunitaria en EE.UU., en cuanto representante de un sistema altamente desarrollado, o *non-system*, en el decir de Milton Terris, liberal, privatizado, donde priman la competencia y el mercado. Evolución que queda fielmente reflejada en la última edición de un libro tan emblemático de la psiquiatría estadounidense, y de predicamento mundial, como es la *Sinopsis de Kaplan & Sadock* (1998). La psiquiatría comunitaria viene bajo el epígrafe Psiquiatría Pública, términos a los que hace sinónimos. Y el concepto de psiquiatría pública se refiere al tratamiento de los enfermos mentales en la comunidad bajo el amparo público: es decir, de los pobres. Tarea irresoluble se plantea por falta de fondos. Quedan lejos el espíritu del Acta Kennedy, en tiempos de los programas de Guerra a la pobreza (*War on Poverty* y *Great Society*), y de los Centros de Salud Mental Comunitaria⁸.

En el polo opuesto, el Ministerio de Salud y Servicios Sociales de Québec asume en 1997 la psiquiatría comunitaria como doctrina de Estado: "Las personas

que padecen trastornos mentales graves y persistentes vivirán en la comunidad y ahí serán atendidas". Compromiso que explicita en documento gubernamental, de orientaciones para la transformación de los servicios de salud mental y servicios sociales, adjuntando las medidas y un calendario para llevar a cabo estas orientaciones: que expresan la voluntad política de la mejor forma, a través de los presupuestos:

"1) En el 2002 el 60% del presupuesto público de salud mental será destinado a servicios en la comunidad y el 40% a hospitalización. Tienen prioridad los servicios de Acceso a alojamiento y necesidades de subsistencia, posibilidad de intervención en crisis a tiempo completo; el mantenimiento del tratamiento en la comunidad; la rehabilitación; las actividades de soporte a las familias y a los próximos. Cada autoridad regional deberá establecer un plan para integrar a la población internada en el medio (en la comunidad) que más le convenga" (Lecomte Y, 1997)

Además, la política del Ministerio quebequense instituye la presencia de usuarios al consejo de administración de cada hospital u otro tipo de organizaciones públicas, y la existencia de "un mediador en asuntos de interés público" (*ombudsperson*) al interior de cada hospital.

La gran trascendencia de esta política del gobierno de Québec está en que se desarrolla en el mismo sistema económico que EE.UU., y demuestra, como señala Carlos Madariaga (Madariaga C, 2005), que es económicamente posible sostener una asistencia de calidad, con un coste-beneficio adecuado, en un momento en que buena parte de los países del primer mundo occidental se están replanteando las prestaciones públicas y ensayando formas de gestión que están haciendo retroceder los logros del Estado del Bienestar.

En este mismo extremo, en el lado comunitario, se sitúa Brasil, donde está en marcha desde comienzo de los años 1990 del pasado siglo un amplio proceso de reforma psiquiátrica, reflejo y desarrollo de ese acto inaugural de la reestructuración psiquiátrica en América Latina que fue la Declaración de Caracas, de las iniciativas de reestructuración psiquiátrica que desde la OPS impulsó I Levav; iniciativa que vengo acompañando desde entonces. Un amplio proceso, impulsado por la Coordinación de Salud Mental del Ministerio de Sanidad, que ha establecido un entramado legal que desplaza el presupuesto hospitalario a recursos en la comunidad, que privilegia la *Volta a casa*, utilizando ese término tan acertado para los programas de desinstitucionalización. Me interesa destacar de este proceso:

⁸ En EE.UU., tras la etapa Kennedy, los programas continuaron débilmente con Lyndon Johnson, y fueron suprimidos en el viraje conservador de los pasados años 1970. La prevención derivó hacia programas de ayuda individual para el desarrollo de habilidades y superación de *estresores* ambientales, asociaciones, métodos, libros de autoayuda en un mercado de la salud donde ésta se convierte en un bien de acceso individual. No se debe olvidar que aun en los primeros años de los CSMC se dedicó a la prevención menos del 5% de los presupuestos de los centros comunitarios, a pesar de estar contemplada en ley como uno de los servicios prioritarios, y que la visión primigenia que concebía los programas federales de servicios sociales como vehículos para producir el cambio social fue pronto abandonada. Tampoco está de más recordar que la Ley de 1963 de creación de los Centros de Salud Mental Comunitaria hubo de ser previamente diluida, en base a los compromisos políticos necesarios para su aprobación, debido a la oposición de la Asociación Médica Americana, que creyó socavaba el modelo de práctica privada y de los sindicatos de los hospitales psiquiátricos por miedo a la pérdida de sus puestos de trabajo.

- a) La preocupación por garantizar los derechos de los pacientes en las instituciones psiquiátricas (prohibición de habitaciones de aislamiento, intimidación, correspondencia, visitas...) estableciendo efectivas medidas de penalización económica, y de desacreditación de los Hospitales que no los respeten, controladas por una Comisión de Evaluación formada por profesionales, usuarios y familiares.
- b) La preocupación por la técnica, por los desarrollos técnicos de la clínica, la rehabilitación, la planificación, la evaluación.
- c) Se da en el contexto de una ideología social progresista que ve en la alineación social, en la explotación y en las formas adversas de vida el marco de la alineación individual, sin reducir lo social a psicopatología ni viceversa.
- d) La inclusión de la sociedad civil en el proceso. El debate de la Ley Federal y de las leyes estatales reflejó el amplio debate que se producía en la sociedad civil (el cierre de los hospitales psiquiátricos y la psiquiatría alternativa se contempla en leyes estatales desde 1992 y por una Ley Federal en 1993).

Un amplio debate entre profesionales, usuarios y gestores a través de conferencias de salud mental a nivel municipal y estatal que confluyen en las multitudinarias Conferencias Nacionales de Salud, donde se ha forjado y mantenido el consenso de la reforma durante estos años. Un consenso técnico y un consenso social: que difícilmente podía eludir el poder político. La importancia de Brasil está en la fusión de una cultura técnica, de una cultura de la reforma enriquecida por todas las experiencias previas, por sus logros y sus errores y por el empoderamiento de la sociedad civil de la salud mental. En Brasil hay comunidad, hay sociedad civil organizada en torno a la salud mental. Se cumplen las tres condiciones que posibilitan una reforma de la asistencia psiquiátrica: una demanda social, la voluntad política y un equipo de profesionales preparado, que ha forjado un amplio consenso técnico, para llevarla a cabo. Un empoderamiento social organizado y un grupo de técnicos que han hecho sostenible el proceso de reforma, respetando sus principios fundamentales, a lo largo de todos estos años, fueran cuales fueran los gobiernos de la nación y de los estados; un hecho probablemente hasta ahora inédito (Desviat M, 1999).

Respecto a Europa, como ya he señalado, al referirme al debate técnico, hay una crisis del modelo comunitario, un retroceso hacia posiciones más hospitalarias y tradicionales, en el marco de una crisis general de la psiquiatría y los profesionales de la salud mental en general. Creo que, en parte, se debe a los factores

antes apuntados de cambio social y al aumento de los factores adversos, pero también está el agotamiento del modelo, el agotamiento de la reforma y del modelo comunitario, después de casi medio siglo de andadura, en algunos países. El problema, en los países donde la reforma ha cumplido sus primeros objetivos desinstitucionalizadores, aunque queden rémoras importantes, aunque sea tremendamente desigual por países y hasta por regiones, está en redefinir nuevas estrategias en una sociedad que ha cambiado, donde las nuevas tecnologías están cambiando vertiginosamente y estructuralmente el empleo, donde la población ha envejecido y el imaginario social se torna cada vez más conservador, emergiendo con fuerza la xenofobia, donde aumentan las bolsas de exclusión social, y la cultura colectiva es sustituida por un nosotros que termina reduciéndose a la pareja, al nosotros que dice Rorty (Rorty R, 1998), o a la persona sola.

Sin duda, interponer límites a la competitividad, hacer frente a lo inevitable de un ajuste económico que sacrifique la solidaridad social, es una empresa que va más allá de la psiquiatría, de los oficios de lo psíquico como tales; pero sí es nuestra competencia reajustar las estrategias, redefinir de nuevo el modelo comunitario adecuándolo a la movilidad de la sociedad, a la complejidad de las redes sociales y la comunicación; adecuándolo a las nuevas tecnologías o, mejor dicho, incorporando éstas al discurso comunitario. En estos momentos de utilitarismo importa reivindicar la palabra y la propia consideración de bienestar del paciente. Decía hace ya tiempo Leon Eisenberg que la tecnología estaba ampliando la diferencia entre lo que los enfermos buscan y lo que los médicos ofrecen; los enfermos tienen sufrimientos, entendidos como experiencias de los cambios en el estado del bienestar y funcionamiento social, mientras que los médicos diagnostican y tratan enfermedades (Eisenberg L, 1981; Eisenberg L, 1997). Y sin embargo debiera ser tan importante conocer qué tipo de paciente tiene la enfermedad como qué tipo de enfermedad tiene el paciente. O con otras palabras (Ronald Laing), que podíamos conocer todo hacer de la esquizofrenia, sin entender a un solo esquizofrénico (Laing R.D., 1971).

EL FUTURO DE LA PSIQUIATRÍA Y LA SALUD MENTAL

En realidad, el futuro de la psiquiatría no se juega en la confrontación psiquiatría biológica, psiquiatría biopsicosocial, se juega en el modelo de atención, en modular una oferta de servicios en función de las necesidades de la sociedad y en los límites de una práctica

que debe recuperar una psicopatología que dé cuenta del por qué y del devenir de las enfermedades mentales, que sirva para definir su campo de competencia, su finalidad terapéutica, preventiva, rehabilitadora, su método y su método, tanto neuropsicofarmacológico como psicológico, biológico o social. El debate ya no es psiquiatría biológica-psiquiatría comunitaria sino modelo positivista médico frente a un modelo orientado por la salud pública.

Últimamente arrecian las críticas a la definición de la salud de la OMS: la salud como bienestar físico, psíquico y social, en cuanto, se dice, plantea no la salud posible si no la cuestión de la dicha, de la felicidad. Una definición utópica que responde a un momento histórico, tras la barbarie de una guerra mundial, donde los supervivientes creyeron que podían diseñar una sociedad mejor para todos, donde todos los hombres cupieran. Attali explica la utopía como la intención de modelar la imagen de la sociedad a partir de un ideal ético, de cierta concepción de la justicia, de la felicidad, de la eficacia, de la responsabilidad (Attali J, 2000). Al fin y al cabo, la utopía trata, como afirma Sam Spade, el detective de Dashiell Hammett (Hammett D, 1994), en el *Halcón maltés*, cuando le preguntan de qué está hecha la estatuilla del ave de presa: "de la materia de los sueños". Y un sueño, dice una canción latinoamericana, que se sueña juntos es una realidad.

REFERENCIAS

- Hochmann J. *Pour une psychiatrie communautaire*. Du Seuil, París, 1971
- Caplan G. *Principios de psiquiatría preventiva*. Paidós, Buenos Aires, 1966
- Saraceno B. *Libertando identidades*. TeCorá, Río de Janeiro, 1999
- Madariaga C. Psiquiatría comunitaria: apuntes para una conceptualización. *Gaceta Universitaria* 2005; 1(3):307-312
- Villarino H. Psiquiatría comunitaria o razón comunicativa. *Rev GU* 2006; 2(4):482-491
- Villarino H. La psiquiatría comunitaria: otra conceptualización. *Rev GU* 2006; 2(1):47-54
- Gaete J. La salud mental comunitaria en búsqueda de sentido: nueva conceptualización crítica de la psiquiatría comunitaria. *Rev GU* 2007; 2(3):273-276
- OPAS/OMS. *Rélatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde mental: Nova Concepção; Nova Esperanza*. OPAS/OMS, Brasília, 2001
- Mourao Vasconcelos E. *O poder que brota da dor e da opressão. Empowerment, sua história, teorias e estratégias*. Paulus, Sao Paulo, 2003
- Marconi T J. La revolución cultural chilena en programas de salud mental. *Acta Psiquiatr Psicol Amér Lat* 1973; 19:17-33
- Marchioni M. *Comunidad, participación y desarrollo*. Ed Popular, Madrid, 1999
- Fédération Française de Psychiatrie. *Livre blanc de la psychiatrie*. JL Jhon Libbeey Eurotext, Paris, 2003
- Henderson J. Editorial. La sanité mental en Europe. *Bulletin du CREFMSM*, 1996; 12
- Mata Ruiz I, Ortiz Lobo A. Evolución de la atención a las demandas y trastornos mentales comunes. In: Pérez F, editor. *Dos décadas tras la reforma psiquiátrica*. AEN, Madrid, 2006, p. 298-325
- Retolaza A. ¿Salud mental o psiquiatría?: entre la atención primaria y el estigma del manicomio. *Norte de Salud Mental* 2004; 19:49-57
- Chomsky N. *El beneficio es lo que cuenta*. Crítica, Barcelona, 2000
- Guze SB. Biological Psychiatry: is there any other kind? *Psychological Medicine* 1989; 19 (2):315-323
- Desviat M. Psiquiatría y evidencia. In: Baca E, Lázaro J. *Hechos y valores en psiquiatría*. Triacastela, Madrid, 2002
- Kaplan HI and Sadock BJ. *Sinopsis de psiquiatría*. Panamericana, Madrid, 1999
- Lecomte Y. De la dynamique des politiques de désinstitutionalisation au Québec 1997, 12(2):7-24
- Desviat M. *A reforma psiquiátrica*. Fiocruz, Río de Janeiro, 1999
- Rorty R. Pragmatismo y política. En: *Pensamiento Contemporáneo*, Barcelona, 1998
- Eisenberg L. Clinical social science. Is medical practice impede by "too much science"? In: Eisenberg L & Kleinmann A, editor. *The relevance of social science for medicine*. Reidel Publishing Company, Holland, 1981
- Eisenberg L. Disease and illness. Distinctions between professional and popular ideas of sickness. *Cult Med Psychiatry* 1997; 1:9-23
- Laing R.D. *Experiencia y alienación en la vida contemporánea*. Paidós, Buenos Aires, 1971
- Attali J. *Fraternidades*. Paidós, Buenos Aires, 2000
- Hammett D. *El halcón maltés*. Obras completas, Debate, Madrid, 1994