

SALUD MENTAL

LA SALUD MENTAL A CONTRACORRIENTE: DEL INDIVIDUO A LA COLECTIVIDAD EN TIEMPOS PRIVATIZADORES¹

(Rev GPU 2015; 11; 3: 268-274)

Manuel Desviat²

“Cuando algo es necesario e imposible
(con las actuales reglas de juego),
hay que cambiar las reglas de juego.
Así, lo imposible puede llegar a ser posible.”

JESÚS IBÁÑEZ, *A contracorriente*, 1997 (1)

La psiquiatría y la psicología están en crisis debido por una parte a la política sanitaria neoliberal, acentuada por la crisis financiera, y por otra, por el predominio de una psiquiatría fármaco-dependiente y una psicología que ignora la subjetividad. Este artículo es una reflexión sobre la necesidad de la salud mental comunitaria de ir más allá de la desinstitucionalización, trabajando por la elaboración de una nueva clínica y una nueva psicopatología hechas fuera de los muros hospitalarios, y contando con el saber profano. Una asistencia comunitaria que supere las insuficiencias y haga frente a los nuevos desafíos de la atención comunitaria: una salud mental colectiva.

¹ Conferencia dictada en el “XII Taller Internacional de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria”, efectuado en Santiago de Chile entre los días 1 y 3 de septiembre de 2014, organizado por la Escuela de Salud Pública y MEDICHI, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, como parte del Diploma de Postítulo de la Escuela de Posgrado de dicha Facultad.

² Psiquiatra, director Cursos Permanentes de Experto Universitario en Salud Mental en la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED); Director de la Revista *Atopos*, salud mental y cultura (Madrid). Ex presidente de la Asociación Española de Neuropsiquiatría; desviatm@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Desde el marco político-económico la cuestión primordial hoy para la salud mental comunitaria en América Latina, y en buena parte del mundo, es cómo se puede revertir el proceso de privatización de la sanidad y las prestaciones sociales que expolió el sistema público en los años 90 del pasado siglo; esa taza envenenada, en palabras de Gastão W de Sousa Campos, que ahora suministra la Troika³ a los países del sur de Europa con el pretexto de la crisis financiera por ellos mismos provocada (2). El modelo de atención comunitario se constituyó en el horizonte del Estado del bienestar, en torno a las reformas psiquiátricas, sanitarias y sociales iniciadas tras la II Guerra Mundial, en un momento de fortalecimiento del lazo social, de defensa de prestaciones públicas universales. El equilibrio conquistado entonces entre democracia y capital, a través de la distribución fiscal de la renta y el fortalecimiento de la gestión democrática de los gobiernos, se ha roto. El capital ha perdido el miedo, fracasada la experiencia soviética y muy debilitada la respuesta social. Las instituciones financieras y políticas que gobiernan el mundo se aplican para conseguir la sustitución del Estado del bienestar por un Estado social inversor, que responsabilice al individuo de su destino: de su prosperidad, miseria, salud o enfermedad. Desde los años ochenta del pasado siglo el FMI y el BM impulsan políticas privatizadoras en la sanidad, en los servicios sociales, en las pensiones. En realidad, aún en los años de mayor protección social, la sanidad pública estuvo siempre condicionada a una financiación que privilegiaba a las grandes empresas farmacéuticas, tecnológicas y constructoras. El gran hospital nunca perdió su hegemonía. Los gobiernos mantuvieron la medicina social en sus programas, que además les permitía disminuir costes y acercar los recursos a la población atendida con un claro beneficio político electoral, pero, al tiempo (también los de izquierdas), protegieron las infraestructuras de poder de la medicina conservadora y empresarial. La reforma sanitaria, y por tanto la salud mental comunitaria, cuando fue más allá del cerco de los mercados por la fuerza de la presión social (final de las dictaduras en España y en Sudamérica) se desarrolló a contracorriente del poder de los mercados, pero respondiendo siempre

a las necesidades de reproducción del Capital. De ahí las ambigüedades y contradicciones entre los derechos constitucionales, leyes sanitarias garantistas y las insuficiencias de su aplicación. Lucía Frizon Rizotto, en su libro sobre el Banco Mundial y el sistema de salud en Brasil durante los años 90 del pasado siglo (2), desvela el chantaje financiero del Banco Mundial, su plan para deshacer un modelo de atención basado en el derecho a la salud, acceso universal, equitativo, liberando al Estado de servicios complejos y de la contratación de empleados públicos (el BM y el FMI exigieron a los países la reducción de la participación del sector público en la gestión de actividades comerciales, de servicios públicos y la reducción de los servicios sociales, convirtiendo en objetivo prioritario la privatización de la sanidad y las pensiones, al estilo de EE.UU.). Chile es el ejemplo que el BM y el FMI vienen poniendo para demostrar la mayor eficiencia de los seguros privados para atender la salud de los ciudadanos. El ejemplo se basa en que es uno de los países periféricos de mayor crecimiento en las últimas décadas, pero lo que no dicen es que ese crecimiento se hace a costa de una de las mayores desigualdades del mundo, con una población que vive entrampada en todo tipo de aseguramientos privados de por vida, y cuya excelencia, aún como modelo privatizador, ha sido muy cuestionada⁴ (3, 4).

El predominio neoliberal mundial subvierte las posibilidades de una acción comunitaria amparada en la acción de los gobiernos y de los organismos internacionales. La sostenibilidad de lo que se mantiene todavía allí donde se desarrollaron programas comunitarios, y las actuaciones para la implantación de nuevos desarrollos colectivos de salud mental, pasa por una revisión de las estrategias profesionales y por una acción ciudadana que asuma la responsabilidad de la salud y las prestaciones sociales como un derecho inalienable, una reivindicación no negociable, que se blinde en las constituciones de los países. El estado del bienestar fue una conquista, no una cesión del Capital por razones sociales. El mantenimiento y desarrollo de una salud comunitaria, precisa de una acción ciudadana y de una reelaboración teórica y técnica de los presupuestos asistenciales por parte de los profesionales. El peso de

³ La tríada financiera está formada por la Comisión Europea, el Banco Central Europeo y el Fondo Monetario Internacional. En el contexto de los rescates financieros de algunos países de la Unión Europea, impone la política económica de dichos países.

⁴ En Chile, durante la dictadura militar (1973-1990) se produjo un cambio radical en el sistema de salud que supuso la implementación de un sistema neoliberal que privatizó la administración del seguro público obligatorio en salud, así como la expansión de la prestación de servicios de salud privados (Parada M, Reyes C, Cuevas K, Ávila A, 2014).

la industria ha debilitado toda investigación y toda clínica que no sea “biológica”, entendiéndose por biológica una reducción que aloja la biología en los intereses de las empresas farmacológicas y de la tecnología sanitaria. Las grandes conquistas de la acción comunitaria, herederas de la salud pública y de una visión psicopatológica plural, son residuos aislados que sobreviven con gran esfuerzo. La reforma psiquiátrica consiguió hacer perder su hegemonía a los hospitales psiquiátricos, pero la psiquiatría y la psicología “positivistas”, centradas en la enfermedad, en la atención individualizada y en los grandes centros hospitalarios, mantiene su supremacía, afianzándose cada vez en todos los ámbitos, en la docencia, en la investigación, en la asistencia.

DE LA DESINSTITUCIONALIZACIÓN A LA SALUD MENTAL COLECTIVA

La desinstitucionalización convierte el hacer comunitario en el modelo asistencial de las reformas psiquiátricas, forjando, en la diversidad de las experiencias, una cultura teórica-técnica para los procesos de transformación. La salud pública –con sus niveles de actuación, grupos de riesgos, diagnóstico poblacional...–; el psicoanálisis –psicoterapia institucional, psicología del yo, crisis...–; la psiquiatría social; la rehabilitación psicossocial..., por una lado y por otro, la creación de sistemas de salud nacionales (universales, públicos, descentralizados) y el desarrollo de la Atención Primaria y de la Nueva Promoción de la Salud... van a constituir el marco donde se fraguan las bases del modelo comunitario. La locura salta los muros de los psiquiátricos y se hace visible socialmente. La reforma no es una mera reordenación y optimización de los servicios de atención. Se convirtió desde el inicio en un proceso social complejo, que exige recomponer 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, como señala Paulo Amarante (5). Un proceso que, de cumplir con sus principios, dinamita las bases conceptuales de la psiquiatría hecha en el adentro de los muros hospitalarios; de 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. El modelo comunitario crea la necesidad de ampliar la clínica en una dimensión social, una clínica más plural, que define como biopsicosocial.

En la psiquiatría biológica, el síntoma, como signo médico, define la enfermedad. Pero la psicopatología surge precisamente de la insuficiencia de los síntomas.

La historia de la psicopatología es la búsqueda de sentido a los síntomas, el intento de explicar y comprender la enfermedad más allá del signo médico y de la construcción de estructuras categoriales o de la pretensión dimensional. Los síntomas cobran sentido en la biografía del sujeto. Sea cual sea la metáfora que utilicemos para dar cuenta de la enfermedad –el inconsciente y las pulsiones, los circuitos cibernéticos cognitivistas, la teoría general de los sistemas o la biología molecular...– la enfermedad se integra en la experiencia humana como una realidad constituida significativamente. Cada momento histórico escenifica sus representaciones: la manera como la enfermedad se expresa refleja la expectativa que cada sociedad tiene sobre la enfermedad y su tratamiento. El síntoma se hace enfermedad según el imaginario colectivo.

Se dice que el siglo XIX fue el siglo de la clínica –con un predominio de la psiquiatría francesa– y que en el XX se inició la psicopatología, tomando el relevo la psiquiatría alemana y posteriormente la norteamericana. No es este el lugar para señalar las distintas tendencias, escuelas, aportaciones, controversias de la historia de la psiquiatría, tan solo quiero apuntar que es en el último tercio del siglo pasado, como señala Lantéri-Laura (6), cuando se cierra el discurso psicopatológico. Cuando la psiquiatría no encuentra un nombre para designarse. ¿Ciencia en crisis utilizando los postulados que da Kuhn para la ciencia? ¿O el fin de la psiquiatría y la psicología, convertidas en neurociencias? (con un solo lenguaje, una sola ideología y una única cultura, como profetizaron Fukuyama y Huntington (7, 8). Burdas profecías que con la crisis financiera iniciada en 2008 cobran realidad.

Hay una crisis de la psiquiatría y la psicología, tanto del lado de la llamada psiquiatría biológica y de la psicología cognitivo-conductual, como del estancamiento teórico de la salud mental comunitaria, atrapada por urgencias asistenciales y recetas rehabilitadoras. Pues si no podemos aceptar el reduccionismo de la psiquiatría biológica, tampoco podemos quedarnos enrocados en lo biopsicosocial como doctrina, pues en sí mismo no es más que un camino, una estrategia conceptual frente a la simplificación órgano-farmacológica. Hoy una alternativa asistencial exige de una nueva clínica, construida en una psicopatología reformulada, donde ya no es posible el apaño, la cómoda tentación del todo vale. No es posible habitar en las dos alcobas, ni un tercero en la recámara. O se está con el síntoma como defensa, el delirio como intento de reconstruir un mundo que se fragmenta, o se está con la falla neurofisiológica, las conexiones cerebrales, el soporte cerebral como respuesta, el monólogo de la razón.

La corriente de Saúde Colectiva, surgida de la medicina preventiva en Brasil, propugna una relectura del proceso salud-enfermedad que considere al individuo en su singularidad y subjetividad en relación con los otros y con el mundo. Pensar la salud hoy, escribe uno de sus representantes, pasa por pensar al individuo en su organización de la vida cotidiana, en su trabajo pero también en el ocio –o de su ausencia–, en el afecto, la sexualidad, las relaciones con el medio ambiente (9). Una clínica ampliada que tenga en cuenta tanto las determinaciones del sujeto como las de la sociedad en la que vive, donde no se parta de la curación a cualquier precio. Donde la voz del paciente prevalezca. Una clínica de la dignidad.

Pero construir una nueva clínica exige romper la cerca en la que el pensamiento de la época, pragmático, mercantilista, insolidario, nos encierra. Exige volver a relacionarnos con los saberes que constituyen nuestra realidad, con la filosofía, la antropología, la literatura, con el arte; con aquello que estuvo en el origen de la psiquiatría y que hoy se ha perdido enfangado en un utilitarismo inculto, pero no inocente, pues intenta dominar el pensamiento del mundo para procurar ganancias a unos pocos. Es por lo que, una nueva clínica, exige una praxis que se interrogue sobre la producción de la salud y, por tanto, sobre la producción del saber, sobre el poder, en suma.

La globalización financiera pretende una realidad única: pretende que no haya un afuera ni científico ni cultural ni social del ideario neocapitalista. En psiquiatría y en psicología tenemos el DSM-V (10), ahora en su V versión, breviario propedéutico que impone una universalización para todos y para todo, que en nada se diferencia de una máquina expendedora de etiquetas y reponedora de medicación. Diagnósticos con los que nos estamos acercando a un antiguo deseo de los fabricantes de elixires y fórmulas médicas: hacer fármacos para gente sana.

...El “síndrome del riesgo de psicosis”, el “trastorno mixto de ansiedad depresiva”, “el trastorno cognitivo menor”, “trastorno disfuncional del carácter con disforia”, “trastorno de hipersexualidad”...

Una globalización que fragmenta los problemas mentales hasta un sinfín de trastornos. Todos enfermos, todos trastornados, cualquier manifestación de malestar será medicalizada de por vida. Se da el salto de la prevención a la predicción. Umbrales diagnósticos más bajos para desórdenes existentes y nuevos diagnósticos. La hegemonía del modelo llamado biológico, sobrepasa los límites de la medicina y coloniza

el sufrimiento y la falla social, lo define, lo clasifica en categorías diagnósticas y suministra respuestas. La empresa farmacéutica se encarga de ello, fidelizando asociaciones de usuarios y familiares, como viene haciendo con psiquiatras y revistas científicas⁵.

En el DSM-V las categorías se desdibujan en espectros y dimensiones. Pero no nos engañemos, detrás de la difusión de límites ya iniciada con la construcción del trastorno bipolar, en el que desaparece la melancolía y se psiquiatriza la tristeza, no hay un intento epistemológico de búsqueda, no se persigue la continuidad entre los distintos trastornos, comunicando lo patológico con lo normal; la intención es abrir el mercado a lo todavía no diagnosticable como enfermo, a supuestos signos precoces de enfermedad, a medicalizar la presunción de un trastorno futuro. El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es buena prueba⁶. La medicina se ha convertido en una gran productora de riqueza, en cuanto la salud, la mente y el cuerpo se vuelven objetos de consumo. En manos de los mercados la medicina es una herramienta de normalización. Entendiendo por normal lo que dictan los intereses del Capital. Qué comer, qué vestir, qué tomar, cómo juntarnos, cómo amar. El cuerpo, en esa medicalización indefinida de la que habla Foucault, se convierte en espacio de intervención política.

La sociedad de consumo crea un conformismo generalizado y pegadizo: todos iguales. Individualidades frágiles, serializadas, carentes de verdadera diferencia u originalidad (12). El minusválido como modelo de una ciudadanía que viene, en una sociedad donde todo parece adquirir un aspecto terapéutico y en el que la enfermedad es de nuevo una contingencia individual, un castigo de los dioses. Es lo que ha venido denunciando StopDSM, la campaña contra el DSM-V como

⁵ Una prueba de ello la tenemos en la Children and adults with attention/deficit/hiperactivity disorder (CHADD) una de las asociaciones más reconocidas a nivel mundial, que solo en 2002 recibió medio millón de dólares de las compañías farmacéuticas. O el estudio de la ONG norteamericana Essential Action, que indica que por lo menos nueve entidades brasileñas de defensa de los derechos de usuarios de salud son financiadas por la empresa farmacéutica (11).

⁶ La producción de metilfenidato en EE.UU pasó de 1,8 toneladas en 1990 a 21 toneladas en 2002 (INCB 2005). Las prescripciones de estimulantes en Reino Unido aumentaron de 6.000 al año en 1994 a 450.000 en 2004 (NHSE 2005 <http://www.england.nhs.uk/ourwork/gov/epr/>) (INCB 2005 http://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2005/AR_05_English.pdf)

criterio único en el diagnóstico de las sintomatologías psíquicas, avisando que nadie quedará a salvo de poder ser diagnosticado, sobre todo porque los nuevos clínicos estarán formateados deliberadamente en la ignorancia psicopatológica.

¿NO HAY UN AFUERA?

El hecho es que nos encontramos, tras décadas de reforma sanitarias, en un momento de involución social, en un escenario mundial donde unos pocos que controlan el capital financiero y las instituciones internacionales del dinero, están imponiendo un pensamiento acrítico, pragmático y consumista, al tiempo que fuerzan a los gobiernos a desmontar las prestaciones universales sanitarias y sociales, la educación, las pensiones y a reformar el mercado de trabajo, precarizando los empleos. En 1999, en el epílogo a la edición brasileña de *La Reforma Psiquiátrica*, señalaba que el riesgo para el desarrollo de una psiquiatría pública alternativa, así como para la salud pública en general, provenía, por un lado, de la crisis de su soporte principal –los servicios sanitarios, sociales y comunitarios del llamado Estado de Bienestar– y por otro, de la evolución fármaco-dependiente y rudimentariamente biológica de la psiquiatría (13). Quince años después, lo que era un riesgo se ha convertido en realidad en buena parte del mundo, y en especial en los países de la UE, cuyas señas de defensa de los derechos democráticos y el Estado de bienestar; así como una relativa independencia del conocimiento, en la enseñanza universitaria y en la investigación.

Una realidad que nos obliga, tanto en el plano político como en el técnico, a replantearnos las líneas de acción y a diseñar una nueva estrategia, si queremos hacer sostenible un modelo de salud mental universal, comunitario, varado en una clínica que tenga en cuenta al sujeto y a la colectividad. Lo que nos lleva, en primer lugar, a revisar qué quedó en el camino de la reforma psiquiátrica, qué no se ha desarrollado suficientemente y en qué fracasamos. Y aquí surgen varios aspectos a tener muy en cuenta: en primer lugar sobre la participación de los usuarios y de la comunidad en el proceso de reforma, en la planificación, en la gestión, en la asistencia, algo considerado condición de posibilidad del modelo comunitario. Y, sin embargo, sabemos que, en la mayoría de los casos, la participación ha sido escasa y poco representativa, que la involucración en la planificación, en la gestión, en los procesos asistenciales de los usuarios y de la población en general ha sido poca o inexistente. Son pocas las poblaciones que se han empoderado de la salud mental, y a nivel nacional tan solo conozco Brasil, con todas sus desigualdades en la

implantación. Esto nos ha hecho tremendamente vulnerables, facilitando la destrucción de la sanidad pública y de los sistemas nacionales de salud, empezando por el National Health Service (NHS) del Reino Unido, país que fue pionero en la socialización de los servicios sanitarios y sociales, y pionero en su derribo.

Las preguntas del por qué están en el paternalismo profesional y político, sin duda, pero también en la propia comunidad, en la pérdida progresiva del lazo social de las poblaciones, que hace que el destino personal no se vincule de ninguna manera con el destino colectivo, fragmentando la sociedad y privatizando la demanda en provecho de la globalización económica. División de las comunidades que se hace confundiendo la identidad con grupos separados: viejos, homosexuales, negros, mujeres, enfermos mentales, levantando vallas, fronteras que solo sirven para fragmentar la sociedad. Una Identidad que se repliega, se enroca en su idiosincrasia, institucionaliza su diferencia, tornándose sectaria, fundamentalista: no tolera la diferencia, teme la mezcolanza, al extranjero. Algo que puede pervertir la planificación (véanse ejemplos recientes como la proliferación de unidades de fibromialgia o trastornos borderline, fagocitando recursos de la atención a la psicosis o a las neurosis graves). Hoy trabajar en el territorio es trabajar con unas comunidades divididas en territorios definidos por fronteras infranqueables, diagnósticos, asociaciones (bipolares, esquizofrénicos, límites, trastornos de la conducta alimentaria...), identidades artificiales, creadas por la lógica del sistema, que compiten en sus demandas, dejándolas a merced de aquellos lobbies societarios que tengan mayor capacidad de influencia en el poder político.

Pero tampoco podemos olvidar la responsabilidad de la propia “salud mental comunitaria”, que a veces se ha limitado a una simple reordenación del territorio. Decíamos antes: lo biopsicosocial por sí solo no basta. Menos aún la rehabilitación basada en la “normalización” (pero qué norma, cuando lo normal es la diversidad). Pueden llegar a ser un obstáculo en cuanto dan la seguridad o la certeza “teórica” a la acción comunitaria, haciendo innecesario ir más allá. Enfrentamos la fragilidad de lo psicosocial con inconsistencia de la llamada psiquiatría biológica. La urgencia desinstitucionalizadora impuso unas prioridades, pero ahora las prioridades son otras. La asistencia no puede basarse en rígidos protocolos psicoeducacionales, miedosos de la libertad del enfermo, en la continua prevención de sus posibles crisis; ni la clínica gravitar entre la farmacología y el consejo. Es preciso una clínica de la escucha, asentada en técnicas demostradas y una formación de los profesionales que la haga posible. Una

terapia, siempre negociada, contractual con el paciente, donde el diagnóstico sea una orientación y una pieza administrativa, que no cierre nada. Una clínica que rompa con una práctica trabada en la normalización y la disciplina. Lo que no supone una descalificación del conocimiento biomédico, sino una re-significación que vaya más allá de la hegemonía hospitalcentrista y organicista e incorpore no solo una visión plural del conocimiento psiquiátrico psicológico, sino también los saberes del propio sujeto enfermo. Pero una nueva clínica tiene que recuperar elementos que fueron en el origen primordiales: la salud pública y el equipo. Todas las reformas primigenias iniciaron sus programas con herramientas propias de la salud pública, desde la política de sector francesa a la psiquiatría comunitaria de EE.UU. El trabajo en los distintos niveles de atención, la promoción y la prevención, el diagnóstico comunitario, el riesgo y los factores de riesgo, han sido abandonados o tan solo considerados en investigaciones, sobre todo epidemiológicas. Como ha sido abandonado el trabajo en equipo, aquel pilar sobre el que se armaba toda la actividad comunitaria. Cuando, en mi opinión, es a partir de una organización de los servicios de salud constituida por equipos que sean sujetos de una praxis, unión de teoría y práctica que rompa la brecha entre quienes teorizan y entre quienes trabajan con los pacientes y su entorno, desde donde será posible elaborar una nueva teoría que sirva a una nueva práctica.

El trabajo en equipo, desde una dimensión autogestionaria, y una clínica más plural, una clínica ampliada, se viene realizando por equipos de atención primaria en Brasil, siendo unos de los objetivos marcados por el Ministerio de Salud. Constituye uno de los elementos del Método Paideia que junto con la Política Nacional de Humanización fue adoptado por el Sistema Único de Salud (SUS) como instrumento para una mejora técnica y ética de los servicios públicos de salud⁷. Paideia parte de un concepto antiguo, oriundo de la Grecia clásica, que significa desarrollo integral de las personas. Su objetivo es asegurar la capacidad de decisión de los sectores involucrados en un proyecto (equipo técnico, grupos vulnerables, comunidad, movimientos

organizativos, instituciones...) procurando nuevos patrones de relación social entre las personas (de poder). La Acción Paideia basa su metodología en la construcción de vínculos formalizados a través de contratos de trabajo entre el equipo técnico, los grupos de usuarios y las organizaciones donde se establezcan las responsabilidades respectivas y los temas prioritarios que van a constituir los proyectos de intervención conjunta. La clínica ampliada que se propugna desde Saúde Coletiva se centra en el paciente y no en la enfermedad, teniendo presente el medio social y político, considerando la subjetividad en la práctica sanitaria general. Una subjetividad negada en la psiquiatría biológica, pero también por el cognitivismo más duro, anclado en la metáfora cibernética y en el reduccionismo sociologizante de muchos programas comunitarios (Campos). La Acción Paideia y la clínica inauguran una nueva forma de entender la organización y la clínica, estableciendo una gestión colegiada en los equipos de salud, con una relación horizontal y participativa con la población a la que atienden. Puede posibilitar a los diferentes colectivos y equipos implicados en la salud mental innovaciones en las prácticas gerenciales y en las prácticas de producción de la salud y experimentar nuevas formas de organización de los servicios y nuevos modos de producción y circulación del poder.

CODA FINAL

La psiquiatría y la psicología clínica se encuentran en un momento de crisis, de incertidumbre tanto respecto al conocimiento como en relación con el objeto de sus actividad y sus límites; una crisis a la que nos ha llevado la ausencia cada vez mayor de una teoría sobre la enfermedad y su tratamiento. Hay que recuperar la psico(pato)logía, como le gustaba decir a Castilla del Pino, desde nuevos fundamentos y marcos conceptuales y construir una clínica del sujeto-en-su contexto social, una clínica de lo subjetivo, lo social y lo político, para poder responsabilizarse del malestar del sujeto con un paradigma técnico centrado en el cuidado y la ciudadanía. Una clínica y una asistencia que hay que inscribir en la salud pública, tan presente en nuestros primeros andares en lo comunitario. En el pensar en salud y no la salud como bien dice Mario Testa (15).

Las políticas de salud son en la actualidad uno de los grandes debates técnicos y político-económicos, debate a nivel internacional y nacional, que enfrentan dos formas de entender la sociedad y de pensar la salud. Hay dos formas de entender la salud y sus modelos de atención, dos formas de pensarla como sanitarios y como ciudadanos: como una responsabilidad individual

⁷ El tema de la humanización en el campo de la salud fue impulsado en Brasil por la Política Nacional de Humanización de la atención en la gestión de la salud, conocida como HumanizaSUS, con el objetivo de provocar innovaciones en las prácticas gerenciales y de producción de salud en los diferentes equipos/colectivos implicados en la producción de salud, para "superar límites" y experimentar nuevas formas de producción y circulación del poder (14).

o como un asunto social, colectivo. Dos formas que corresponden a dos modelos asistenciales y a dos modelos de Estado. Dos formas que atraviesan toda la historia de la sanidad y la salud pública y que en salud mental se complementan con otra confrontación: ¿Qué enferma el cerebro o el alma? ¿Mente sin cerebro o cerebro sin mente? Controversia que, en este último caso, refleja la tensión de la cohabitación forzosa entre las llamadas ciencias puras y las ciencias humanas, y en los modelos asistenciales, la manera de entender la estructura política, económica y social de la que dependen las ideologías sanitarias en cada país y en cada época.

Tenemos, pues, para pensar la salud un eje político, la organización sanitaria, y un eje clínico-psicopatológico; dos ejes que han sido determinantes del modelo asistencial, del modelo de la atención a la salud mental. A los que se añade, cada vez con más presencia, un nuevo eje: el empoderamiento ciudadano, la implicación de la población en las formas de gestionar la salud y la enfermedad. Tres ejes y una consideración moral: una sociedad define su talante moral por la forma en la que cuida a sus sujetos más frágiles. Pues lo que ha puesto de manifiesto la crisis financiera actual es el modelo de sociedad. Lo que está en juego es el tipo de sociedad en la que queremos vivir. Los publicistas de los que gobiernan el mundo plantean que no hay un afuera del sistema actual, pero como decía el sociólogo Jesús Ibáñez, “cuando algo es necesario e imposible (con las actuales reglas de juego), hay que cambiar las reglas de juego. Así, lo imposible puede llegar a ser posible” (1). La reforma sanitaria y psiquiátrica, a contracorriente con la política neoliberal, no pudo cambiar las reglas del juego. El futuro de una sanidad y una salud mental comunitaria está en la reforma de

la reforma. Está en construir una clínica nueva, que dé paso a una salud mental colectiva, donde se recuperen principios primigenios de la reforma psiquiátrica y se desarrollen nuevas alternativas acordes con una sociedad más igualitaria y justa. Una clínica que una subjetividad y colectividad, y donde la “curación” no lo sea a cualquier precio.

REFERENCIAS

1. Ibáñez J. A contracorriente. Madrid, Fundamentos, 1997
2. Frizon Rizzoto ML. Capitalismo e saúde no Brasil nos anos 90. Sao Paulo: Hucitec, 2013
3. Homedes N, Ugalde A. Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica. Gac Sanit 2002; 16(1): 54-62
4. Monnier S. <http://www.elmostrador.cl/opinion/2014/07/06/chile-un-pais-estafa/#print-normal>, 2014
5. Amarante P. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial, 2003: 45-65
6. Lantéri-Laura G. Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna. Madrid: Triacastela, 2000
7. Fukuyama F. El fin de la historia y el último hombre. Barcelona: Ed. Planeta, 1992
8. Huntington SP. Choque de las civilizaciones. Barcelona: Tecnos, 2006
9. Resende Carvalho S. Saúde coletiva e promoção da saúde. Sao Paulo: Hucitec, 2007
10. American Psychiatric Association. DSM-V. Edición española, 2 tomos ed. Madrid: Panamericana, 2014
11. Vasconcelos EM. Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira. Sao Paulo: Hucitec, 2010
12. Castoriadis C. El individuo privatizado. In: Le Monde Diplomatique, editor. Utopías. Santiago de Chile: Aún creemos en los sueños, 2011
13. Desviat M. A reforma psiquiátrica. Río de Janeiro, Fiocruz, 1999
14. Paulon S, Neves R. Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado. Porto Alegre: Sulina, 2013.
15. Testa M. Pensar en salud. Buenos Aires, Delegación OPS en Argentina, 1989