

Tendencias en Psiquiatría comunitaria o ¿dónde estamos y adónde podemos ir?

M. Desviat

Psiquiatra, consultor OMS/OPS, Director Médico del IPSSMJG (Leganés). Coordinador de Salud mental. Área 9. Comunidad de Madrid:

Parece que no son los mejores tiempos para la salud mental comunitaria. Al menos para la Psiquiatría comunitaria pensada desde la universalidad y el *empowerment*, como toma a cargo de la salud mental por la comunidad, como salud colectiva. No son buenos tiempos, cuando la competencia desplaza a la solidaridad, y los gobiernos introducen las leyes del mercado en los sistemas de protección social. La pérdida de valor del estado del bienestar, como condición al desarrollo socioeconómico, se acompaña de la pérdida de los valores sanitarios forjados tras la II Guerra Mundial, la lucha contra la enfermedad, pero también contra los factores sociales que la favorecen; pérdida que rápidamente nos está llevando a un desgaste de los conceptos, a una dilución de los principios, tanto en la Psicopatología, arrinconada por un saber instrumental, como en la organización de los servicios de atención. Cuando se dice que todo vale, que todos los planteamientos son posibles, gana la ausencia de principios, y la rentabilidad se constituye en la única norma.

Esta dilución de valores y conceptos nos lleva a necesitar detenernos sobre qué entendemos hoy por cuestiones que estaban muy claras hace escasas décadas. Como sucede con la Psiquiatría comunitaria, pues para tratar de ella, de su realidad y de sus tendencias, primero tenemos que ponernos de acuerdo sobre qué entendemos por salud comunitaria, de qué estamos hablando cuando hablamos de Psiquiatría comunitaria. En sentido estricto, la Psiquiatría comunitaria surge en el contexto de la política desinstitutionalizadora de EE.UU. en los pasados años sesenta; 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 francesa a la reestructuración psiquiátrica en América latina)^{1,2}. Su generalización llega a definir cualquier actividad profesional con tal que se realice fuera de los hospitales psiquiátricos o de las Unidades de Psiquiatría de los hospitales generales. Y más aún, hay quienes están interesados en confinar la Psiquiatría comunitaria a las prácticas

destinadas a grupos marginales o a experiencias pilotos sobre poblaciones en riesgo. A los pobres, a los excluidos, a los sujetos frágiles. Sin embargo, hay un dónde y hay un cómo para que podamos hablar de Psiquiatría comunitaria. Hernán San Martín y Vicente Pastor, en un libro publicado en 1988, momento de gran actualidad de la atención comunitaria en España (la Ley General de Sanidad se aprueba en 1986), precisan con claridad qué podemos entender por Medicina comunitaria:

“Se puede hablar de “salud comunitaria” cuando los miembros de una comunidad, conscientes de constituir una agrupación de intereses comunes, reflexionan y se preocupan por los problemas de salud de la comunidad, expresan sus aspiraciones y necesidades, y participan activamente, junto a los servicios de salud, en la solución de sus problemas, a través de los programas locales de salud. En realidad, lo que llamamos “salud comunitaria” es el programa de salud pública local, planificado en base a los problemas y necesidades de cada comunidad, ejecutado con la participación de la comunidad. Se trata de una estrategia para aplicar localmente los programas de salud pública, y no de una especialidad nueva de la salud pública, y menos de la medicina”³.

En esta cita quedan definidas las condiciones políticas, organizativas y técnicas, que configuran la Medicina comunitaria y, por tanto, la Psiquiatría comunitaria. En primer lugar, como en cualquier otra actividad que se quiera comunitaria está la presencia de la comunidad, el protagonismo de la ciudadanía, de la población organizada, sobre su salud, sobre las políticas que afectan a la vida de las personas que la constituyen. Parece obvio, pero con frecuencia hay “ausencia de la comunidad”, como diría Blanchot⁴, en las prácticas que se consideran comunitarias, pues para que exista “comunidad” 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* (concepto acuñado por Rappaport [1993] y 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 o “apoderamiento”). Una

Correo electrónico:
manuel.desviat@madrid.org

definición que queda muy lejos de la capacidad de las experiencias comunitarias, aun de las más avanzadas, y que está siendo el objetivo de los movimientos de usuarios de salud mental en todo el mundo. Desde la poderosa Alianza Nacional para el Enfermo mental (NAMI), fundada en 1979 (en Madison, Wisconsin), que en el año 2000 tenía más de 1000 filiales en EE.UU. con 220.000 miembros en 50 estados (organizaciones identificadas en sus orígenes con el Movimiento de Mujeres o el Movimiento de los Derechos Civiles del Negro que pretenden la conquista de los derechos civiles para los enfermos mentales y alternativas de autoayuda y servicios); a los movimientos de los países del norte de Europa, donde familiares y usuarios están asociados a estados del bienestar desarrollados con amplia cobertura social y sustentados mayoritariamente en organizaciones no gubernamentales (ONG), y al amplio movimiento de usuarios en Brasil, incardinado en la sociedad civil, que está forzando nuevas y creativas formas de actuación comunitaria.

La actividad comunitaria exige, pues, el trabajo en un territorio determinado y la capacitación de la población para hacer frente a sus problemas de salud; o dicho de otra manera, ejercer el poder sobre uno mismo y su propio contexto. Acción de salud mental en la comunidad que supone algo más que un cambio de técnicas; implica nuevas actitudes en el quehacer cotidiano de las profesiones sanitarias y, por supuesto, una planificación y ordenación de los sistemas públicos que la posibiliten⁵. Supone que la responsabilidad de la sanidad pública ya no es sólo la reparación del daño, la «curación», sino hacerse cargo del cuidado sanitario de la población, de la demanda que acude y de la que no accede a los servicios. Importan los casos que prevalecen, no sólo los que se «curan». El sujeto de la intervención sanitaria se traslada del sujeto enfermo a toda la población. Acción comunitaria que va a caracterizarse por tres desplazamientos: a) del sujeto enfermo a la comunidad; b) del hospital a la comunidad, y c) del psiquiatra al equipo.

O en palabras de Jacques Hochmann, la difusión de tres poderes: del beneficio terapéutico, del espacio terapéutico y del poder terapéutico⁶.

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 Saraceno⁷, significa una nueva formulación de la políticas asistenciales y el paso del abordaje biomédico al abordaje biomedicosocial, con una mayor pluralidad y horizontalidad de los equipos. Encarna el 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; el reconocimiento de la importancia de las actividades intersectoriales entre los diferentes proveedores de servicios: sociales, sanitarios, comunitarios; el reconocimiento de los derechos

de los pacientes. Se busca la integración del cuidado a través de la continuidad de tratamiento, vencer la fragmentación de los servicios sanitarios, sociales y demás recursos comunitarios (para lo cual son imprescindibles, entre otros, los programas de gestión de casos o seguimiento). Implica un modelo de salud pública que trasciende 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 los 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.

Modelo de atención que encuentra su correspondencia con el Sistema Nacional de Salud. Una atención que exige una organización zonificada del sistema sanitario y la universalidad y la equidad en la atención a la salud, es decir: exige servicios públicos de salud, un sistema que haga posible la determinación de prioridades y la planificación, la colaboración con servicios sociales y otros servicios comunitarios, y el desarrollo de la Atención Primaria de Salud.

De la Psiquiatría preventiva de Gerarld Caplan a la última edición del tratado de psiquiatría de Harold Kaplan y Benjamín Sadock

No en vano la medicina comunitaria, sus 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 II 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. Es en este contexto, en el horizonte político del estado del bienestar y en el marco propicio de la reordenación de los sistemas públicos de salud, especialmente del Sistema Nacional de Salud (universal, territorial, descentralizado) como forma de legitimación de los gobiernos socialdemócratas, donde se pudo desarrollar la medicina y la salud mental comunitaria. Son los tiempos de énfasis en la prevención y en los factores sociales; del desplazamiento del eje de la atención desde la asistencia hospitalaria a la Atención

Primaria, al constatar que el aumento de los presupuestos sanitarios dirigidos a los capítulos asistenciales no se correspondían con una mejora de la salud (“Nueva Salud Pública”, Informe Lalonde, Canadá, 1974); de la nueva estrategia auspiciada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y difundida mundialmente en la Conferencia de Alma Ata, en 1978 (WHO 1979) y en los objetivos de la OMS «Salud para todos en el año 2000». Una estrategia que, además de reorientar la sanidad del primer mundo, puede facilitar el desarrollo de los sistemas sanitarios de los países de baja renta, superando los sistemas sanitarios benéficos o de seguros sociales sin el coste elevado de la medicina basada prioritariamente en los grandes complejos hospitalarios y las prestaciones médicas individualizadas.

Voy a utilizar dos ejemplos para señalar en dónde nos encontramos, cuales son las dos tendencias donde ha ido a parar la Psiquiatría comunitaria después de casi medio siglo de existencia. En uno de los extremos está EE.UU. La forma como se entiende hoy la Medicina y la Psiquiatría comunitaria en EE.UU.; país representante de un sistema sanitario liberal, privatizado, donde prima la competencia y el mercado; en el otro extremo, el sistema sanitario de Québec, que representa un sistema sanitario público benefactor. En EE.UU., tras la etapa Kennedy, los programas *War on Poverty* y *Great Society* continuaron débilmente con Lyndon Johnson, y fueron suprimidos en el viraje conservador de los pasados años 70. 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 esta se convierte en un bien de acceso individual. No se debe olvidar, que aun en los primeros años de los Centros de Salud Mental Comunitaria, el gobierno de EE.UU. 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 famosa Ley Kennedy de 1963, por la que se crearon los Centros de salud Mental Comunitaria, hubo de ser previamente diluida, debido a los compromisos políticos necesarios para su aprobación. Principalmente, para vencer la oposición de la Asociación Médica Americana, que creyó socavaba el modelo de práctica privada⁸, y de los sindicatos de los hospitales psiquiátricos, por miedo a la pérdida de sus puestos de trabajo.

La evolución de la Psiquiatría comunitaria en EE.UU. queda fielmente reflejada en la última edición de un libro tan emblemático de la Psiquiatría estadounidense como es la “Sinopsis” de Kaplan & Sadock (1998)⁹. 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. Esta tarea se plantea irresoluble por falta de fondos, vencer la fragmentación de los recursos sanitarios, sociales y demás recursos comunitarios. 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, da 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:

1. En el 2002 el 60% del presupuesto público de salud mental será destinado a servicios en la comunidad y el 40% a hospitalización.

2. Tienen prioridad 5 tipos de servicios: a) acceso a alojamiento y necesidades de subsistencia; b) posibilidad de intervención en crisis a tiempo completo; c) el mantenimiento del tratamiento en la comunidad; d) el acceso a los servicios de rehabilitación, y e) las actividades de soporte a las familias y a los próximos.

3. Las autoridades sanitarias regionales tienen la responsabilidad de establecer medidas para asegurarse la transformación de los servicios de salud mental, garantizando la recolocación del presupuesto.

4. Los centros hospitalarios con hospitalización psiquiátrica deberán reducir la media de estancia progresivamente hasta alcanzar una media de 15 días en tres años.

5. Cada autoridad regional deberá establecer un plan para integrar a la población internada en el medio (en la comunidad) que más le convenga”¹⁰.

La gran trascendencia de esta política del gobierno de Québec está en que se desarrolla en el mismo sistema económico, y con las mismas posibilidades de actuación estatal que en EE.UU. y la mayoría de los países del llamado primer mundo. Importancia muy relevante cuando se está cuestionando frontalmente la posibilidad de desarrollo económico y del bienestar público manteniendo una fuerte intervención del Estado en la protección social. En un momento en el que los cambios en el escenario político y en la conciencia social están haciendo retroceder los logros del estado del bienestar en todos los lugares, incluyendo los países de la Comunidad Europea. Nuevo escenario que posibilita nuevos modelos de gestión sanitaria, donde predomina la rentabilidad, la competencia frente a la colaboración, que mina y fragmenta la atención sanitaria, dificultando todos aquellos programas que exigen cierta cohesión social. Nuevo escenario que confina la

verdad científica a hechos cuantificables al margen de los valores y donde queda fuera una visión antropológica, social, del enfermo. Donde quedan fuera los valores que caracterizan a la Medicina comunitaria. Se pretende una “moderna síntesis”, utilizando el término acuñado por E. O. Wilson, en su intento de reconstruir todo el universo del pensar y el hacer humano desde sus fundamentos biológicos¹¹. El fundamentalismo económico que caracteriza la globalización se acompaña de un fundamentalismo tecnocientífico y un imperialismo ético.

Un contexto donde parece difícil pueda desarrollarse una atención comunitaria. Y, sin embargo, no parece posible abandonar la salud comunitaria si queremos combatir las desigualdades en salud y afrontar los problemas de salud mental, trastornos que, a diferencia de los somáticos, aumentan en todo el mundo.

Hoy se sabe la importancia de los factores sociales en la génesis de los trastornos mentales. Es necesario luchar por la toma a cargo, por el *apoderamiento* de los factores que condicionan nuestra salud, formar parte de las decisiones de nuestra comunidad. Es necesario desarrollar procesos emancipatorios que combinen nuevas formas de ciudadanía con exigencias de aceptación de la diferencia y de la valoración de lo subjetivo, de la persona. María Zambrano define la democracia como la sociedad en la cual no sólo está permitido, sino exigido, el ser persona³.

En una sociedad democrática el Estado es, en teoría, un pacto social para garantizar la convivencia y el bienestar; su legitimidad se juega en la salud, la seguridad social, la educación pública. La lucha contra la desigualdad no puede ser abandonada sin que se deteriore la autoridad de los Estados. Tampoco es posible un mundo de

bienestar cercado, defendiendo sus fronteras de la inmensa mayoría de la población mundial sumida en la miseria. No podemos esperar el desenlace de una III Guerra Mundial para volver a preocuparnos por diseñar un mundo mejor, donde quepa la salud pública y la atención comunitaria.

Bibliografía

1. Desviat M. La reforma psiquiátrica. Madrid: Dor, 1994.
2. Desviat M. A reforma psiquiátrica. Río de Janeiro: Fiocruz, 1999.
3. San Martín H, Pastor V. Salud comunitaria: teoría y práctica. 2ª edición. Madrid: Díaz de Santos, 1988.
4. Blanchot M. La comunidad inconfesable. México DF: Vuelta, 1992.
5. Desviat M. Acción de salud mental en la comunidad. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría 1982; 2 (5):56-64.
6. Hochmann J. Pour une psychiatrie communautaire. Paris: Du Seuil, 1971.
7. Saraceno B. Libertando identidades. Río de Janeiro: TeCorá, 1999.
8. Martín González A. Psicología Comunitaria. Madrid: Síntesis, 1998.
9. Kaplan HI, Sadock BJ. Sinopsis de psiquiatría. 8ª Edición. Madrid: Panamericana, 1999.
10. Lecomte Y. De la dynamique des politiques de désinstitutionalisation au Québec. Santé Mentale Au Québec 1997; XXII(2):7-24.
11. Paris C. El animal cultural. Barcelona: Crítica, 2000.

Bibliografía recomendada

- Chacón Fuertes F, García González MJ. Modelos teóricos en psicología comunitaria. En: Martín González A, editor. Psicología comunitaria. Barcelona: Síntesis, 1998; p. 31-47.
- Levav I. Temas de salud mental en la comunidad. Washington DC: OPS/OMS, 1992.
- Mandeville B. La fábula de las abejas: los vicios privados hacen la prosperidad pública. Madrid: Fondo de Cultura Económica, 1997.