

Los avatares de una ilusión: la reforma psiquiátrica en España

Manuel DESVIAT

Centro de Salud Mental de Tetuán
manuel.desviat@telefonica.net

Recibido: 2 mayo 2010

Aceptado: 15 mayo 2010

RESUMEN

El artículo se pregunta por el devenir de la reforma psiquiátrica después de tres décadas de implantación en España. Repasa las circunstancias y principios que la caracterizaron en su origen y la situación del modelo comunitario que la fundamentaba, en el marco de los cambios producidos en la sociedad y en el sistema sanitario. Se trata de explicar las insuficiencias (atención a la cronicidad, programas preventivos, programas comunitarios) y sobre todo las amenazas a su sostenibilidad. Unas amenazas que se encuentran sobre todo en las tendencias privatizadoras del sistema sanitario, en la insuficiente conciencia colectiva de la importancia de la salud pública, y en las dificultades de una clínica diferente, anclada en una psicopatología capaz de comprender la enfermedad mental en su determinación múltiple: histórica, social, orgánica y psicológica.

Palabras clave: reforma psiquiátrica, salud mental, psiquiatría biológica *versus* salud mental, modelo comunitario, privatización servicios sanitarios.

The ups and downs of an illusion: psychiatric reform in Spain

ABSTRACT

The article examines the question of the development of psychiatric reform after three decades of implementation in Spain. The circumstances and principles that originally characterized psychiatric reform and the situation of the community model upon which it was based are reviewed, within the framework of changes produced in society and in the health system. The article explores the shortcomings (chronic care, preventive programs and community programs) and, especially, the threats to its sustainability. Some primary threats seen are trends towards privatization in the Health System, inadequate collective consciousness of the importance of Public Health, and the difficulties of a different clinic, rooted in psychopathology able to understand mental illness in its multiple determinations: historical, social, organic and psychological.

Key words: psychiatric reform, mental health, biological psychiatry versus mental health, community model, health services privatization.

SUMARIO: 1. El modelo. 2. Los inicios. 3. Los logros. 4. El futuro. 5. Bibliografía.

El pasado nunca está muerto, ni siquiera está pasado.
(Epigrama de William Faulkner, citado por Hannah Arendt)

1. EL MODELO

La reforma psiquiátrica surge cuando la sociedad quiere otro destino para los enfermos mentales, en especial para los trastornos mentales crónicos e incapacitados. Si hay algo común a todos los procesos de reforma psiquiátrica que surgen tras la II Guerra Mundial es el rechazo al encierro asilar, al manicomio, la urgencia de su reforma o de su cierre, y por tanto la necesidad de nuevos diseños terapéuticos, la creación de recursos más eficaces y solidarios.

Razones técnicas —el fracaso del hospital psiquiátrico como espacio terapéutico— y razones éticas —la devolución de la dignidad, el respeto de los derechos para las personas con trastornos mentales—, propician nuevas formas de atención a los trastornos mentales, y en especial a las psicosis. La desinstitucionalización va exigir un modelo centrado en la comunidad y, con urgencia, procedimientos más eficaces para tratar la vieja y nueva cronicidad. Va exigir un cambio de modelo que involucra necesariamente al sistema sanitario y de prestaciones sociales, pues hablar de modelos en salud mental es hablar de modelos sanitarios y por tanto supone referirnos a modelos de sociedad. Teniendo en cuenta que la manera cómo una sociedad afronta las desigualdades, la enfermedades y las discapacidades, define el tipo de organización social y su talante moral; define los modos de hacer del Capital, pero también el tipo de implicación de los ciudadanos en la gestión de lo común, así como el tipo de respuestas técnicas que los profesionales sanitarios consensúan frente a las demandas de las poblaciones. Factores que si son determinantes en toda la sanidad, lo son mucho más en la psiquiatría por su extrema dependencia de las políticas sociales y por su fragilidad técnica (fácilmente ideologizada) que la hace muy vulnerable ante el poder político y mediático. En psiquiatría, en psicología no hay un consenso técnico ni una demarcación de objeto clara, y el predominio de una forma u otra de entender la organización de la asistencia y la clínica depende más de opciones político-económicas que de la verificación técnica de su mayor eficiencia.

Es este necesario compromiso social lo que va a provocar la fractura que se abrió con la reforma psiquiátrica, fractura que aún recorre todo el cuerpo de la psiquiatría, tanto a nivel teórico como asistencial y clínico. La Reforma desinstitucionalizadora, y el modelo comunitario, allí donde se ha producido, no ha supuesto una mera reordenación y optimización de los servicios de atención. Se ha convertido desde el inicio en un proceso social complejo, que exige reconstruir saberes y técnicas, un proceso técnico-ético que origina nuevas situaciones que producen nuevos sujetos, nuevos sujetos de derecho y nuevos derechos para los sujetos. Un proceso que dinamita las bases conceptuales de una 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. Un proceso transformador que va a exigir de sensibilidad política, de la implicación de la comunidad y de un compromiso técnico-ético-político por parte de los profesionales.

Son estos determinantes, políticos, sociales, técnicos, los obligados a tener en cuenta si queremos analizar tanto el desarrollo, como las posibilidades de sostenibilidad del modelo de atención a la salud mental que se instaura en España, en plena reconstrucción democrática, tras los largos años de la dictadura.

2. LOS INICIOS

Hace 30 años no había Unidades de Agudos, ni Hospitales de Día, la asistencia psiquiátrica no estaba integrada en la SS fuera de los neuropsiquiatras de cupo y había que recurrir a las diputaciones para atender de modo benéficamente encubierto casi siempre, a los pacientes que precisaban internamiento. Había, eso sí, un cierto entusiasmo y una tarea por hacer casi tan política y social como asistencial a la que dimos en llamar Reforma.

Santiago Lamas «Que queréis que os diga...hace treinta años». *Siso* nº 40. Verano 2004; P.79

Como en otros lugares, la Reforma Psiquiátrica se hace posible en España cuando coincide una demanda social, la voluntad política y un grupo de técnicos preparados para llevarla a cabo. Una reforma que va a encontrar una serie de condiciones favorables:

- Surge en un momento de transformación de la sociedad civil, de reconstrucción de la sociedad civil después de 40 años de dictadura y de una Guerra Civil que devastó el panorama intelectual, científico y técnico, y en particular, el psiquiátrico, que había llegado a alcanzar cotas de desarrollo importantes (con psiquiatras como Lafora, Mira, Tosquelles, Germain...).
- Se hace en el contexto de la reforma sanitaria (Ley General de Sanidad, 1986, que instituye un Servicio Nacional de Salud, universal y descentralizado en las Comunidades Autónomas) y de las prestaciones sociales.
- Su inicio tardío va a permitir conocer los errores y problemas de otras reformas comenzadas mucho antes: las dificultades de atender la cronicidad psicótica, los problemas de la nueva cronicidad y la insuficiencia de las técnicas para afrontarla (el Art. 20 de la Ley General de Sanidad (LGS) es claro a este respecto: «Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los Servicios Sociales»)¹.

¹ Cuando se inicia la reforma psiquiátrica en España la rehabilitación psicosocial es ya una realidad en otros países: EEUU, Canadá, Reino Unido. Italia... (Desviat, M., 1994, 1999, 2001).

- Existencia de núcleos profesionales preparados técnicamente para la reforma con implantación profesional y social; y un amplio consenso programático que se había realizado durante los años setenta en procesos de cambio abortados por la dictadura, en torno a una Coordinadora semi-clandestina entroncada con las redes alternativas europeas y posteriormente, en los primeros años de la democracia, a través de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (Hoy AEN-Profesionales de la Salud Mental).
- Hay una serie de principios que van a vertebrar desde el inicio la reforma en España:
 - a) La integración de todos los servicios de salud mental en la atención especializada en una red única en cada área sanitaria, en conexión con la atención primaria (puerta de entrada del sistema) y coordinada con servicios locales de atención social.
 - b) Un cambio en la organización asistencial que busca desplazar el eje de la atención a los equipos comunitarios: los servicios pasan a denominarse de salud mental en vez de servicio psiquiátrico.
 - c) Ampliación estamentaria y democratización de los equipos.
 - d) La comunidad es considerada no sólo como usuaria, sino como agente partícipe en el proceso de planificación-programación y como generadora de recursos que deben aliarse con los específicamente técnicos.
 - e) Se asumen criterios de salud pública: el diagnóstico comunitario, la discriminación positiva, el trabajo con poblaciones en riesgo, la continuidad de cuidados, y la consideración de la hospitalización como un momento excepcional del tratamiento.

3. LOS LOGROS

Después de más de dos décadas de desarrollo, no cabe duda de la mejora de la atención psiquiátrica en España. En este tiempo, ha cambiado el modelo asistencial, el número y calidad de los recursos y el imaginario social en la representación que de la enfermedad mental y de los servicios psiquiátricos tiene hoy la población (algo que se hace más evidente en las zonas donde la reforma ha culminado con el cierre del hospital psiquiátrico y la creación de una red comunitaria²). Transformación que se refleja en la evolución de los indicadores, como pue-

² En un estudio cualitativo realizado con cuatro grupos de opinión en las poblaciones de Leganés y Pinto en 1993 a los dos años del cierre del manicomio de Leganés y ocho de comienzo del plan de reforma para esta zona del sur metropolitano de la Comunidad de Madrid, se halló un cambio en el discurso social paralelo a los cambios asistenciales producidos, en especial en aspectos como la peligrosidad, el internamiento, y en general la expresión de una mayor normalización y aceptación del trastorno mental (Desviat, M.; Delgado, M., *et al.*, 1997). Una reforma considerada internacionalmente que en estos momentos está siendo celosamente desmontada al entrar en contradicción con el espíritu groseramente privatizador del gobierno conservador de la Comunidad de Madrid (Chicharro, F.; Moreno *et al.*, 2008).

de comprobarse en el Observatorio creado por la Asociación Española de Neuropsiquiatría-Profesionales de la Salud Mental (<http://www.observatorio-aen.es>); en la modificación de la legislación (para garantizar los derechos de los pacientes, especialmente en el internamiento) y en la integración de la atención a la salud mental en el sistema sanitario general.

En cuanto el cumplimiento de objetivos, en primer lugar hay que destacar que el desarrollo de la reforma ha sido tremendamente desigual, debido a las características del mapa autonómico español y a las propias del subsistema de salud mental (competencias, calendario de transferencias, voluntades políticas regionales, compromiso profesional); y en segundo lugar, hay que señalar la insuficiencia de recursos en la atención a la cronicidad y la precariedad de programas comunitarios (continuidad de cuidados, atención en crisis, preventivos...). Pero, en mi opinión, y siendo fundamental el grado de cobertura, el grado de crecimiento de servicios, las amenazas más importantes para la sostenibilidad de la reforma no se encuentran ahí. Se encuentran en las dificultades que el modelo propuesto ha tenido para ser integrado en la conciencia colectiva, tanto en la consideración de la sociedad civil, y de sus agentes (asociaciones ciudadanas, partidos, sindicatos) como de los colectivos profesionales. Y aquí juegan un papel importante los cambios en el escenario mundial —de un horizonte de Estado del bienestar a un horizonte neoliberal—; así como los cambios en la demanda, en la medicalización y psicologización de una sociedad que ha convertido en una mercancía más la prestación sanitaria —y en asunto médico psicológico las posibilidades de ser feliz—³, pero, y esto no lo olvidemos, también las insuficiencias técnicas, las dificultades en el propio mundo profesional «comunitario», cuya práctica, muchas veces, no ha diferido, más allá del discurso, de la práctica habitual, tan impregnada de conflicto de intereses (público/privado; clínica psicoterapéutica/reduccionismo psicofarmacológico; hospital/CSM; trabajo en equipo y en la comunidad/consulta individual). A lo que se une, la incapacidad de los sucesivos gobiernos del Estado para hacer una reforma que posibilitara unos currícula profesionales diferentes, desde la formación pregrado a la carrera profesional asistencial y el acceso a las cátedras. Está la incapacidad de los gobiernos progresistas de la nación en abordar una reforma de la Función Pública y en desarrollar las normativas legales que instituyesen y evaluaran el proceso de reforma. La reforma se hizo, en muchas ocasiones y regiones, sin cambios normativos que avalaran las nuevas formas de trabajo (la actividad en el territorio, la nueva articulación de los servicios); sin disposiciones que legitimaran la atención comunitaria. La desinstitucionalización y el trabajo en la comunidad se han venido realizando, como señalábamos antes, al amparo del artículo 20 de La Ley General de Sanidad (al fin y al cabo unos principios interpretables), y gracias al gran voluntarismo de buena parte de los profesionales, con el apoyo cuando no simple tolerancia o franca resistencia de políticos y gestores sanitarios.

³ Sobre el tema de la psiquiatrización de la vida cotidiana ver el número dedicado al tema de la Revista *Átopos, Salud Mental, Comunidad y Cultura*, n.º 8, abril 2009 (puede consultarse en Internet: <http://www.atopos.es>).

Entre otras insuficiencias normativas, en su día no se definió a nivel nacional qué era y quienes formaban un hospital de día, o una unidad de rehabilitación, un centro de salud mental o simplemente una estancia hospitalaria (con estas denominaciones existen en España y aún dentro de las mismas regiones o comunidades centros y programas muy distintos, así como formas distintas de medir una estancia hospitalaria). Tampoco se determinó qué servicios deberían componer una red territorial de salud mental. Ahora puede ser cualquier cosa. Ni si acompañaron los planes desinstitucionalizadores de iniciativas administrativas que permitieran el traspaso de presupuesto destinado a los hospitales a los servicios comunitarios, las familias o los propios pacientes, para facilitar el proceso. Otro importante error, fue la escasa importancia que se le dio a la Universidad que no se implicó, o se implicó mínimamente, enrocándose con sus próceres y conservadurismo en tiempos de la reforma, y que ahora, en el marco neoliberal dominante, recupera todo su poder y consuetudinario nepotismo, invadiendo la asistencia a la salud mental con intereses privatizadores y rancia ideología.

Ha sido este conjunto de factores, y sobre todo, la falta de implantación social lo que explica la facilidad con la que los gobiernos ultraliberales de las comunidades de Madrid y Valencia, en unos pocos años, y sin apenas resistencia, ciudadana y profesional, han conseguido el derribo de la organización comunitaria de la salud mental, socavando su ideario: la estructura pública, la territorialidad, y la integración de la red de prestaciones, amén de devolver el peso de la atención a los hospitales, generales y ¡psiquiátricos!

Pero detengámonos a continuación en alguno de estos factores, determinantes de la situación actual y a considerar una estrategia de supervivencia de lo comunitario.

3.1. LOS CAMBIOS EN LA GESTIÓN. EL CLIENTE SIGUE AL DINERO: EL CASO DE MADRID Y VALENCIA

Vicios privados, beneficios públicos.
Bernard Mendeville, 171

La cuestión es, como señalaba antes, que el marco general ha cambiado, sin que la atención sanitaria y social comunitaria se haya convertido en una política de Estado, ni haya sido asumida por la población como un derecho primordial a defender. Al contrario, la seducción por el mercado como elemento regulador de las prestaciones sanitarias se introduce en España por los años 90 del pasado siglo, con el Informe Abril, gobernando la izquierda. Se introduce junto con las nuevas formas de gestión, con las empresas públicas sujetas a derecho privado⁴,

⁴ Los nuevos modelos de gestión aparecen en Europa a finales de los ochenta como un procedimiento de aumentar la eficiencia y recortar el gasto sanitario. Introducen el mercado (interno) y la competencia regulada. La hipótesis es que la competencia (el mercado) lleva a la eficiencia. El dinero-siguel-paciente. Las autoridades sanitarias pasan de «pagar» a «comprar». Estas medidas se toman en Europa por primera vez en el Reino Unido, con Margaret Thatcher. En España se introducen en los planes sanitarios de varias comunidades autónomas (Cataluña, País Vasco, Madrid...) y a nivel del Estado con el Plan Estratégico del extinto INSALUD de 1998.

y más recientemente, en su versión más privatizadora, con la gestión mixta de los nuevos hospitales en la Comunidad de Madrid. Política sanitaria que pretende ignorar los resultados de cerca de dos décadas de modelos de gestión mixta (las Iniciativas de Financiación Privada, PFI en sus iniciales en inglés) en otros países, reseñados, entre otros, por el análisis del Observatorio Europeo de la Organización Mundial de la Salud, que concluye que los centros sanitarios bajo estas formas tienen un mayor coste, mayor complejidad y una menor calidad y flexibilidad. Experiencias privatizadoras que se inician desde entonces en distintas Comunidades Autónomas, tanto gobernadas por el Partido Popular como por el PSOE, y que de hecho se legitiman con la Ley 15/1997 aprobada con el acuerdo de los dos partidos mayoritarios en el Parlamento de la Nación. Transformación del modelo sanitario que llega a su máxima expresión en las Comunidades de Madrid y Valencia, desarbolando la Ley General de Sanidad y que están convirtiendo la sanidad en un negocio seguro para las constructoras y entidades antes de riesgo. Una «*sanidad del ladrillo*» como plantea Javier Elola, que viene acompañada de la desarticulación de la red pública, tendente a facilitar «la libre circulación del capital»; con dos líneas principales de actuación en la comunidad madrileña: de una parte, organizativa —Área única, abandono de la Atención Primaria, libre elección de médico, desaparición de la Dirección de Salud Pública—, y de otra *disciplinaria* —tendente a un mejor control político de los profesionales; ceses de jefes de servicio y directivos por falta de idoneidad política, encumbramiento de otros sin adecuado perfil técnico pero afines. Medidas visiblemente encaminadas a anular los núcleos de sanidad pública y a quienes los lideran, para, como señala Iñaki Markez, facilitar la creación de hospitales privados que poco a poco vayan fagocitando los recursos de una red pública que ha sido previamente «saneada» de líderes e iniciativas sanitariamente progresistas^{5,6}.

3.2. UNA PSIQUIATRÍA SIN PARADIGMA TEÓRICO. LA DÉCADA DEL CEREBRO

El ideal de la psiquiatría conservadora en boga, «un mundo, un lenguaje», ese sentido único del mundo llevado a la psiquiatría que se viene fraguando en las últimas décadas de la mano del pragmatismo americano, culmina con la elabora-

⁵ Los nuevos hospitales de Madrid se han hecho con una concesión administrativa a una empresa privada o bien se han construido por el sistema denominado «iniciativa de financiación privada» formula por la que una empresa privada construye los edificios y se queda con la gestión de la parte no sanitaria de los centros a cambio de unos pagos mensuales durante 30 años prorrogables(entre otras empresas está Capiro, actualmente propiedad de Apax Partners, una sociedad de capital riesgo que ya posee otros hospitales en la comunidad, como la Fundación Jiménez Díaz).

⁶ Una privatización que, como señala Paco Pereña, «implica que el cargo político es amo y señor, vía concertación, de los profesionales de la salud». Se crea «una red de dependencias y de servidumbres que irá aniquilando de manera irreversible la capacidad de pensar por cuenta propia, de decir que no y tomar una posición crítica constante con lo que se hace. El empobrecimiento general creará un clima de mediocridad y de humillación que hará de todo desacuerdo un conflicto de poder y, por tanto, una necesidad de victoria».

ción de los DSM, sobre todo a partir del DSM III (1979) que declarándose ateoórico, prescinde de la psicopatología y, con el pretexto de una comprensión individual borra el sentido del síntoma, toda intencionalidad psicosocial en el trastorno mental, convirtiendo la teoría psiquiátrica en una colección de ítems en busca del fármaco apropiado⁷. Robert L. Spitzer lo dejó claro en su introducción al DSM III, que define y defiende como ateoórico, y como ahistórico (*American Psychiatric Association*, 1983).

Pero ¿por qué prescindir de la psicopatología? ¿Qué se esconde tras este desprecio por la historia, por el sujeto enfermo, por la clínica? Pues, a poco que uno quiera, es difícil no ver la necesidad de una psicopatología que aporte un cuerpo teórico a nuestra práctica, que nos permita comprender la enfermedad mental y el diagnóstico y la terapia en sus enfoques psicológico, biológico y social. No hay nada inocente tras este supuesto científicismo que quiere encontrar su justificación en la necesidad de la prueba matemática. Detrás de esta simplificación pragmática de la psiquiatría que se hace llamar biológica (¿y quién duda de la importancia de la biología?), hay una teoría neopositivista consecuente con las tendencias neoliberales del momento. Supuesta verdad científica que encubre una práctica, tanto en la investigación, como en la clínica o la lucha contra el estigma, que desaloja al sujeto en beneficio del mercado.

Es con este modelo reduccionista con el que tiene que lidiar su sostenibilidad técnica el modelo comunitario construyendo una clínica diferente, donde se tenga en cuenta a la comunidad no solo como usuaria, donde la red de prestaciones y la continuidad de cuidados garantice la asistencia a los más frágiles, donde quepa el sujeto, donde la clínica no acabe en el diagnóstico y la prescripción farmacológica. La sostenibilidad del modelo está en reinventar la clínica como una construcción de posibilidades, como construcción de subjetividades, para poder responsabilizarse del malestar del sujeto con otro paradigma científico centrado en el cuidado y la ciudadanía. Una clínica ampliada, según la expresión de Jairo Goldberg, donde se articule un eje clínico con un eje político. Lo comunitario no es la rotación por los CSM, como figura en el nuevo programa de formación MIR, aunque estos sean, con la continuidad de cuidados el eje fundamental de la integración de la terapia y el cuidado comunitario. Ni es un programa de atención a los pobres, como ha quedado reducido en EEUU. Lo comunitario no son los CSM ni los hospitales de día ni la atención a domicilio. Lo comunitario es el trabajo en la red, es la acción en un territorio en continua interacción con sus ciudadanos y sus organizaciones. Una ciudadanía que forma parte del proceso, que hace suyo el proceso asistencial. Desde ese trabajo compartido en una red única, que

⁷ La evolución de estos manuales es significativa de la evolución de la psiquiatría. En la 4ª edición del DSM (DSM-IV), se eliminó el diagnóstico de *trastorno mental orgánico* en un intento de hacer ver que todos los trastornos mentales pueden tener una base biológica o una causa «médica» (se entiende la medicina como sólo biológica), que pasa a denominarse: *síndrome confusional (delirium)*, *demencia*, *trastorno amnésico* y *otros trastornos cognitivos*. Posteriormente, ahondando en el mismo esfuerzo por hacer hincapié en la base orgánica de la enfermedad mental, el DSM IV y la revisión TR excluyen *el término psicogénico*. De forma similar se ha eliminado el término *neurosis* (Desviat, M., 2009).

no es del hospital ni del CSM, son comunitarias tanto las unidades de agudos como las plazas residenciales.

Y esto nos lleva a los profesionales, y a su compromiso con el modelo comunitario. Aquí hay un problema de reconocimiento. La falta de una currícula profesional. En buena parte de las Comunidades Autónomas el esfuerzo comunitario ha partido de un voluntarismo militante, que en muchos casos ha llevado al desánimo, ante las dificultades de cambiar las cosas y una falta de estatus profesional. De una parte, la industria como patrocinadora de la ciencia, por otra la indiferencia de la Administración para con los profesionales de lo público, avocados a una práctica rutinaria entre la presión asistencial y la falta de incentivos. La investigación queda fuera de la labor clínica cotidiana. Hay una clara disociación entre quienes hacen clínica y quienes hacen investigación, o bien, en el ámbito de los servicios, entre quienes ven pacientes y quienes escriben sobre cómo se ven los pacientes. Brecha que hace que las preguntas que responden los investigadores no sean las que se producen en la clínica, y disociación que hace que los trabajos sobre clínica sean muchas veces revisiones de la literatura internacional de escasa aplicación a la práctica cotidiana. No hay, por lo general, al menos en la asistencia pública, equipos que se planteen la actividad como una *praxis* que una la teoría y la práctica, porque no hay de verdad un trabajo en equipo. Y solamente desde un equipo que sea sujeto de su praxis en el sentido dialéctico del concepto, será posible recuperar la clínica psicopatológica de ayer, y sobre ella construir una nueva clínica que de cuenta de la diversidad del ser humano, que se construya desde la libertad y ciudadanía del paciente en fluida confluencia con otras ramas del saber y de la técnica.

Hay que tener en cuenta que el cambio de marco territorial no ha sido suficiente; que el desarrollo de unos programas que fueran más allá de la consulta o de la asistencia no se ha desarrollado suficientemente. No se ha desarrollado suficientemente una clínica diferente, anclada en una psicopatología capaz de comprender la enfermedad mental en su determinación múltiple: histórica, social, orgánica y psicológica.

No hubo una preparación, un cuidado del futuro y cuando cambiaron los tiempos, cuando el horizonte político fue otro que el Estado del bienestar, cuando el Banco Mundial apretó la presión sobre ajustes, recortes y privatizaciones de las prestaciones sanitarias y sociales, cuando los cambios políticos fueron adversos, o poco proclives a la sanidad pública, la ausencia de este desarrollo normativo colocó, coloca, buena parte de la reforma bajo sospecha.

Hay que tener en cuenta que en España, la reforma psiquiátrica no fue una ruptura, fue una transición pactada, cuidadosa con los poderes psiquiátricos provenientes de la dictadura, que ocupaban las cátedras y las jefaturas de los hospitales clínicos. Son muchos los que dicen que buena parte de las insuficiencias que tiene la democracia española tiene que ver con la forma posibilista y cautelosa con la que se hizo la transición democrática. El ejemplo es válido para la sanidad: los 13 borradores de la Ley General de Sanidad promulgada en 1986 lo atestiguan. Como lo atestigua su lento y precavido desarrollo: casi

veinte años para completar las transferencias sanitarias: elemento llave de todo el proceso.

La reforma sanitaria, y consecuentemente la reforma psiquiátrica española, no cambio las reglas de juego. De ahí, en parte, sus insuficiencias. De ahí algunos de los problemas que hoy nos encontramos, cuando ya se ha dado por acabado el proceso.

4. EL FUTURO

En cualquier caso, como vengo repitiendo desde hace tiempo, el futuro de la psiquiatría no se juega en la falsa confrontación psiquiatría biológica, psiquiatría social o dinámica. Se juega, en primer lugar, al igual que la sanidad toda, entre sistema público de salud, o privatización de los servicios. Y en segundo lugar, entre un modelo médico reparador frente a un modelo sanitario orientado por la Salud Pública. La reforma psiquiátrica y, por tanto, la implantación del modelo comunitario, inició su andadura en nuestro país en el marco de una reforma que garantizaba el aseguramiento público y universal de todos los ciudadanos en los servicios sanitarios y sociales. Un modelo que descansa en el Área de Salud como espacio ordenador de la red sanitaria y con la atención primaria como puerta de entrada del sistema. Garantizar la atención continuada a buena parte de los enfermos mentales exige de estas garantías, de este aseguramiento público y universal. Un Sistema Nacional de Salud público y universal, frente a las iniciativas privatizadoras es quizás la más importante de todas las condiciones de posibilidad para la sostenibilidad del sistema. Pero ahí, en esa instancia de reivindicación ciudadana, no acaba la tarea. Queda la labor como profesionales tanto en el día a día de la clínica, como en la influencia como expertos en la propia comunidad. La sostenibilidad del modelo implica su aceptación por parte de la población, cuando entre a formar parte de su propia identidad, porque forme parte activa en la tarea. Hay pendiente un trabajo ciudadano, desde las herramientas de nuestros oficios, para cambiar un imaginario colectivo que deposita cada vez más las dificultades y malestares, a los que arroja al ciudadano la creciente alienación de la vida cotidiana, en manos de expertos y chamanes, convirtiendo muchas veces en síntomas la incapacidad para hacer frente a los reveses de la existencia, o las fallas de un sistema social que predispone, cuando no provoca y prolonga las llamadas enfermedades mentales.

Por último, hay palabras como compromiso y responsabilidad, que cimentaron los procesos de cambio social que parecen haber perdido su valor, abandonados los ideales de progreso y solidaridad, entre tanta idiocia política, tanto fraude social e indignidad empresarial y tanto pacto cobarde con la vida. Sin dignidad, como dijera Jean-Paul Sartre, la humanidad se deshumaniza, no entiende del cuerpo y sus afectos, es pura animalidad (Fanon, F., 1963).

No se trata de convertir la tarea comunitaria en una obra de héroes militantes de la causa común, se trata de reconocer que no todo vale, que no podemos defender un modelo comunitario si practicamos la misma clínica que aquellos que

denostamos, que más allá de las palabras, la defensa de un modelo comunitario supone un compromiso diario clínico, ético y por tanto político.

5. BIBLIOGRAFÍA

- ARENDE, Hannah
2007 *Responsabilidad y juicio*. Barcelona: Paidós.
- CHICHARRO, Francisco
2008 «Psiquiatría comunitaria en peligro: una historia íntima del ascenso y caída de la reforma de Leganés». *Norte de Salud Mental* VII(34): 6-10.
- DESVIAT, Manuel
1994 *La reforma psiquiátrica*. Madrid: Dor. Hay una traducción ampliada en portugués (1999, 2001): *A reforma psiquiátrica*. Río de Janeiro: Fiocruz.
2009 «De lo público, lo privado y el futuro de la asistencia a la salud mental». *Norte de Salud Mental* VII(31): 45-51.
2010 «De la narrativa del síntoma al imaginario colectivo». *Rev. Asoc. Esp. de Neuropsiq.* XXX(105): 125-133.
- DESVIAT, Manuel.; DELGADO CRIADO, M.; FERNÁNDEZ SAN MARTÍN, M.I., *et al.*
1997 «Morbilidad psiquiátrica en población general en Leganés y Pinto (Madrid). Uso de servicios de salud mental y opiniones y actitudes de la población hacia la enfermedad mental». *Psiquiatría Pública* 9(5): 315-326.
- ELOLA, José
2007 La sanidad española en la nueva legislatura autonómica (2007-2011). *Rev Adm Sanit.* 5(4): 635-642.
- FANON, Franz
1963 *Los condenados de la tierra*. México DF: FCE.
- LAMAS, Santiago
2004 «Qué queréis que os diga... hace treinta años». *Siso/Saude* 40: 79-91.
- GOLDBERG, Jairo
1996 *Clínica da psicose*. Rio de Janeiro: Te Corá.
- MANDEVILLE, Bernard
1997 *La fábula de las dejas: los vicios privados hacen la prosperidad pública*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- MARKEZ, Iñaki
2008 «Corren tiempos de desencuentro». *Norte de Salud Mental* 30: 6-9.
- MORENO, Ana. DESVIAT, Manuel; SANZ, Marta, *et al.*
2008 «Del manicomio a la incertidumbre o cómo acabar con 20 años de psiquiatría comunitaria en Leganés». *Norte de Salud Mental* VII(31): 57-67.
- PEREÑA, Francisco
2008 «El PP, la democracia y la sanidad pública». *Fundación Sindical de Estudios*. Available from: <http://www.fundacionsindicaldeestudios.org>\22/02/2008