

De lo público, lo privado y el futuro de la asistencia a la salud mental

Manuel Desviat

“Lo más característico de la vida moderna no era su crueldad ni su inseguridad, sino sencillamente su vaciedad, su falta de contenido.”

George Orwell

“La Ley, en su igualdad majestuosa, prohíbe tanto a los ricos como a los pobres que duerman bajo puentes, que pidan limosna en la calle, y que roben pan.”

Anatole France

Para indagar hacia dónde vamos, hacia dónde va la asistencia pública en salud mental, antes de cualquier disquisición sobre las tendencias, sobre las perspectivas futuras de la psiquiatría y la psicología, tenemos que preguntarnos por lo público, es decir, sobre el Estado, sobre la política del Estado y sus tendencias futuras. Y en segundo lugar por la demanda, por las necesidades expresadas de los ciudadanos, del consumidor de la salud y sus organizaciones, por la representación social, el imaginario, que de la enfermedad y la atención tiene la ciudadanía. Si esta doble determinación es importante en toda la sanidad, lo es 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.

La primera pregunta, por tanto, que tenemos que hacernos, es qué entienden los gobiernos por prestaciones públicas, cuál su concepción del Estado. Hay una idea del Estado minimalista que ve la sanidad como negocio y otra idea del Estado que busca su legitimación en garantizar unas prestaciones públicas como derechos ciudadanos que posibilitan la cohesión social. La primera se inscribe en aquella fábula de las abejas, cuyo subtítulo vicios privados, beneficios públicos, lo dice todo. Este poema, con el que para algunos se inicia la modernidad capitalista, escrito en 1705, por un médico holandés, Bernard Mandeville, viene a decir que el bienestar económico es mayor cuanto menor es la intervención del gobierno o de las organizaciones de caridad. *“La ganancia, que entraña vicio y pecado, es necesaria para la armonía social, en cuanto es eficaz en el mercado, creando riqueza aunque no necesariamente de forma decente”* ^{1/}.

Idea del Estado del capitalismo primitivo que vuelve con Thatcher y Regan, y con la política del Banco Mundial que introduce el mercado en la sanidad en sus informes desde finales de los ochenta del siglo pasado, y se acerba con los necons del consenso de Washington. Lo dice claramente uno de sus arquitectos, de

^{1/} Mandeville, B. (1997) *La fábula de las abejas: los vicios privados hacen la prosperidad pública*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.

los constructores de esta conjura neoliberal, el senador estadounidense George Kennan, en un informe secreto, hoy accesible, cuando aconsejaba que había “*que dejar de hablar de objetivos vagos e irreales, como los derechos humanos, el aumento de los niveles de vida y la democratización, y operar con genuinos conceptos fuerza que no estuviesen entorpecidos por eslóganes idealistas sobre altruismo y beneficencia universal, aunque estos eslóganes queden bien, y de hecho sean obligatorios, en el discurso político*” **12**.

En el otro extremo está el Estado de Bienestar, tan amenazado hoy por el barrido del mercado, pero aún resistente en Europa y Canadá, fundamentalmente, y que prevalece en el discurso de las organizaciones internacionales y en las declaraciones políticas de la UE. Declaraciones y acuerdos internacionales que muestran, en el caso de la salud mental, la magnitud del problema y marcan estrategias a los gobiernos. Ahí están los Acuerdos de Helsinki (2005) sobre salud mental suscritos por los 52 Estados participantes; el Libro Verde (promovido por la Unión Europea); La Declaración de Caracas (1990, asumida por los ministros de los países de América latina y el Caribe, luego ratificada en 2005 en la Conferencia de Brasilia); y en nuestro país, La Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, aprobada, en 2007, por el Consejo Interterritorial. Acuerdos que deberían fundamentar los planes de los gobiernos y que no pasan de ser, desgraciadamente, la mayor parte de las veces, declaraciones de principio, escasamente cumplidas, o en ocasiones inmediatamente contravenidas. Válidas, eso sí, para dar cuerpo a las demandas de los profesionales y los consumidores.

Pero hay algo más en esto de la privatización, que muchas veces no se tiene en cuenta; el escamoteo de lo público, la privatización de los servicios no sólo hace la sanidad más cara, no sólo conlleva un mayor gasto público, supone, y esto es importante, una pérdida de poder profesional, de poder técnico y ciudadano. La sanidad concertada, 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.*” **13**. Los profesionales debemos tener esto claro, pues la cuestión ahora no está como en aquellos acalorados debates del inicio de la democracia, sobre si asalariados o acto médico; no vamos a dejar de ser asalariados con la privatización, vamos a ser funcionarios de la empresa privada, con todas las ventajas e iniquidades que la ley del mercado nos depare.

12/ Chomsky, N. (2000) *El beneficio es lo que cuenta*. Barcelona: Crítica, págs. 21-22.

13/ Pereña, F. “El PP, la democracia y la sanidad pública”. Fundación Sindical de Estudios. URL: <http://www.fundacionsindicaldeestudios.org/22/02/2008>

La cosa es que la privatización tiene, además, para la salud mental, como para otras patologías que exigen del apoyo social y comunitario, repercusiones dramáticas, en cuanto relega necesariamente la atención a las patologías más graves y persistentes a tiempos de la beneficencia, socavando, por otra parte, la eficacia técnica, pues si en cirugía, para operar un tumor, hace falta un quirófano –no importa qué sea público o privado–, en salud mental es preciso que exista una pluralidad de prestaciones más allá del acto clínico que un modelo privado nunca podrá dar, porque no son negocio.

“La dignidad y el coraje
de una sociedad se mide
por el modo como
acoge la desviación,
la marginación
y la locura”

Esta seducción por el mercado, como elemento regulador, se introduce en España por los años 90 del pasado siglo, con el Informe Abril, con las nuevas formas de gestión, con las empresas públicas sujetas a derecho privado, y más recientemente 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 en modelos de gestión mixta (las Iniciativas de Financiación Privada, PFI en sus iniciales en inglés) en otros países, así como el estudio del Observatorio Europeo de la Organización Mundial de la Salud en el que se revisan los sistemas mixtos público-privados con las distintas modalidades de PFI, de los que se concluye que los hospitales bajo estas formas tienen un mayor coste, mayor complejidad y una menor calidad y flexibilidad /4. Una sanidad, donde puede privar el negocio hasta el punto que importen más la construcción de los edificios que la asistencia, “*sanidad del ladrillo*” como acertadamente la llama Javier Elola /5, en un país que está a la cola de la UE en gasto sanitario.

Inversión en ladrillo, en negocio, que viene acompañada, para despejar el camino, de medidas disciplinarias tendentes a un mejor control político de los profesionales. Iñaki Márquez lo define con claridad en esta misma revista. Se trata de separar la basura (los servicios comunitarios y sus crónicos) de la parte *guapa* (los hospitales), para lo cual tienen que anular los proyectos de integración y a quienes los lideran, facilitando al tiempo la creación de hospitales privados que poco a poco irán fagocitando los recursos de una red pública que ha sido previamente “saneada” de líderes e iniciativas sanitariamente progresistas /6. En este sentido,

4/ McKee, M., Edwards, N. y Atun, R. (2006) “Public-private partnerships for hospitals”. *Bulletin of the WHO*, 84, 890-896. Los nuevos hospitales de Madrid: que o bien son una concesión administrativa que delega la salud de una parte de la población en una empresa privada (entre otras, Capiro, actualmente propiedad de Apax Partners, una sociedad de capital riesgo que ya posee otros hospitales en la comunidad, como la Fundación Jiménez Díaz) 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. Métodos que donde se han desarrollado, EE UU y Reino Unido, demostraron que son mucho más caros y con todos los riesgos para la equidad de las empresas privadas.

5/ Elola, J. (2007) “La sanidad española en la nueva legislatura autonómica (2007-2011)”. *Revista de administración sanitaria siglo XXI*, 5(4), 635-642.

es significativo que el nuevo organigrama de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid haya substituido la Subdirección General de Atención Especializada por una Dirección General de Hospitales, y se haya suprimido la Dirección General de Salud Pública. Para la Comunidad de Madrid queda lejos la idea de una sanidad y una atención a la salud vista desde la perspectiva de la Salud Pública. La única ingeniería social que parece entender es la inversión en infraestructuras.

La Ley General de Sanidad, si bien es verdad que no excluye ninguna forma de gestión, sí compromete al Sistema Nacional de Salud, formado por el Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas con los principios de universalidad y equidad; haciendo hincapié en unos presupuestos comunitarios para la asistencia psiquiátrica. Sin embargo, en su desarrollo se han creado inmensas desigualdades en la asistencia pública /7, /8. La falta de liderazgo del Ministerio de Sanidad ha facilitado crecimientos muy diferentes, con unas tremendas desigualdades en la oferta y la calidad de los servicios. Desigualdades entre Comunidades Autónomas, y desigualdades en las propias Comunidades y aún en las grandes ciudades. Cruzar una calle puede significar la posibilidad de unas prestaciones o no en la atención a la salud mental en Madrid y otras grandes ciudades. En psiquiatría, esto se hace evidente en los programas de rehabilitación y residenciales, en los recursos laborales y ocupacionales. Por otra parte, no hay un pacto de Estado que garantice la sostenibilidad del sistema; todo puede cambiar de la noche a la mañana por falta de una legislación nacional que defina los servicios, las prestaciones y obligue a las administraciones públicas.

La comunidad y la demanda

El segundo actor en esta pugna público-privado, si hablamos de las sociedades democráticas, es el ciudadano y sus organizaciones vecinales, de consumidores, de pacientes, aunque sólo sea porque vota cada cuatro meses. De hecho, por esa presión del voto, la ciudadanía empieza a jugar un papel cada vez más importante a la hora de la definición de las necesidades y en la creación de servicios para satisfacerlas. Los consumidores de los servicios sanitarios y sus familiares quieren ser algo más que receptores pasivos de los servicios o cuidadores informales de los pacientes mentales. Lo decía con claridad un editorial de *L'information*

6/ Marquez, I. (2008) "Corren tiempos de desencuentro". *Norte de Salud Mental*, 7 (30), 6-9. Prueba de este acoso a la autonomía del técnico está en la última convocatoria de una plaza de jefe de sección de psiquiatría en el Instituto Psiquiátrico José Germain (16 de mayo de 2008) de la Comunidad de Madrid. En las bases de la convocatoria, aparte de las evaluaciones cuatrienales ya habituales en estas convocatorias con un sistema determinado por la Dirección Médica, el gerente podrá: "Por razones organizativas o asistenciales debidamente motivadas, previo informe a la Junta Técnico Asistencial, el Director Gerente podrá revocar los nombramientos que haya expedido". La confianza política o personal se legitima, quedando todo puesto de responsabilidad técnica en manos del poder político.

7/ Navarro, V. y Bernarch, J. (1996) "Desigualdades sociales de salud en España". *Revista Española de Salud Pública*, 70 (5-6), 505-636.

8/ Borrell, C., García-Calvente, M.M. y Martí-Boscà, J.V. (2004) "La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. Informe SESPAS 2004". *Gaceta Sanitaria*, 18, supl. 1.

psychiatrique /9 en un número monográfico sobre rehabilitación psiquiátrica, al plantear que el cambio radical producido en la psiquiatría francesa en la atención a la cronicidad psiquiátrica era debido al peso adquirido por los usuarios y su entorno. Presión ciudadana que va a condicionar, para bien y para mal, la expresión de la necesidad, la demanda. Para bien y para mal, en cuanto que la relación entre usuarios y actores sanitarios no es simétrica, hay una relación de agencia gracias a la experticia de los técnicos y a la ausencia de cultura sanitaria de la población. Una asimetría que hay que intentar resolver si queremos solucionar satisfactoriamente la cuestión de la adecuación de las necesidades a las demandas con algo más que buenas intenciones.

Para bien y para mal en cuanto la demanda, está influenciada en el usuario por la medicalización de la sociedad, por un imaginario social llenos de prejuicios; y en los poderes públicos, por el intento de cubrir las fallas sociales con la psiquiatría y la psicología, de psiquiatrizar el mal, psicologizando a los violadores, a los psicópatas, y a la violencia que surge de las desigualdades sociales, lo que exime a los gobiernos de responsabilidad. Poder de los ciudadanos, que puede estructurar no solamente los servicios asistenciales y su distribución, sino también la clínica, la investigación (¿qué prioridades?), y el debate político (¿qué lugar para la salud mental, para la rehabilitación, para los trastornos de la personalidad?).

La Comunidad de Madrid es de nuevo un ejemplo: las unidades de trastornos de la conducta alimentaria han fagocitado los recursos del Plan de Salud Mental, en contra de la opinión del grupo de expertos creado por la propia Consejería. O la creación de unidades de fibromialgia en Barcelona. La planificación de los recursos queda en estos casos a merced de lobbies societarios, cosa que no puede extrañarnos en una sociedad deficitaria democráticamente donde la participación brilla por su ausencia /10; donde hay un progresivo declinar del sentido comunitarista, de los valores globales, de los derechos colectivos, y una proliferación de comunidades diversas. Una sociedad donde cada vez más existe el riesgo de confundir identidad con grupo separado: viejos, homosexuales, negros, mujeres, enfermos mentales, y dentro de estos por patologías; bipolares, esquizofrénicos, límites, levantando vallas, fronteras que solo sirven para fragmentar la sociedad. Se pasa de una alienación, el paternalismo sanitario a otra, la confusión del imaginario colectivo influenciado por los media sobre el ideal físico, psíquico y social: la utopía personal se fabrica en la publicidad; las Empresas crean una insatisfacción organizada que sirve a la alienación y al mercado.

Por otra parte, y aún en el mejor de los casos, el poder político ha actuado siempre en esto del enfermar psíquico, de la atención a la salud mental, oscilando entre el cuidado como forma de legitimación social y el miedo a la supuesta alarma social o con la simple tacañería presupuestaria ante la atención a la cronicidad,

9/ Leguay, D. (2006) "La psychiatrie avance avec la rehabilitation". *L'information psychiatrique*, 82, 277-278.

10/ Una participación que, como bien dice Marco Marchioni, a veces es un obstáculo, cuando no abiertamente reaccionaria (la caza al "moro", "al gitano", la exclusión de los diferentes). Marchioni, M. (1999) *Comunidad, participación y desarrollo*. Madrid: Popular.

sea la cronicidad psicótica, sean esos mínimos síntomas persistentes, patologías de la existencia, que abarrotan las consultas ambulatorias, o los programas de prevención o de atención de las poblaciones más frágiles.

La técnica

En este contexto político, con esta demanda social ¿qué pasa con la psiquiatría, con la psicología, con la salud mental? ¿Qué clínica es posible? ¿Cómo se configura la teoría? ¿Es posible todavía un quehacer psiquiátrico comunitario? ¿Cuál es hoy el debate técnico? El Libro Blanco de la Psiquiatría Francesa (editado en 2003 por la Fédération Française de Psychiatrie, que agrupa a las diferentes asociaciones de psiquiatría y salud mental de ese país) /11 habla de una crisis que está cuestionando la misma supervivencia de la psiquiatría y mucho más de la salud mental comunitaria; señala el riesgo de que la psiquiatría esté perdiendo su razón de ser, ante el avance de una ideología que reduce la enfermedad mental a las ciencias moleculares del cerebro en detrimento de las ciencias humanas y del espíritu. Que anula su capacidad de integración de diferentes campos y niveles de análisis. Los autores temen por el futuro de una psiquiatría estrangulada entre un reductor positivismo médico y unas nuevas formas de gestión obnubiladas por los costes, factores a los que se añade la demanda proteica a la que me referí antes.

Sin duda, hoy, como señalan los psiquiatras galos, tenemos que hacer frente a una reducción del saber clínico, a la pérdida de la psicopatología en aras de una dudosa eficacia. El ideal de la psiquiatría conservadora en boga, “*un mundo, un lenguaje*”, eslogan acuñado en el Congreso de la Asociación Mundial de Psiquiatría de 1996, supone la erradicación de la diversidad, de la diferencia; supone, paradójicamente, en un mundo que tiende a la globalización, una *aldeanización* del conocimiento y de la cultura, de la teoría, de la historia, imponiendo la visión estadounidense, localista y simple, en beneficio de la empresa farmacéutica. Una visión donde importa el manejo de las cosas, no su esencia ni siquiera sus mecanismos. Razón tecnológica apoyada en dos pilares: el mercado y el Estado. Uno no entiende de moral, el otro determina la verdad. Se impone el estudio *randomizado*, las pruebas cuantitativas, la *Medicina Basada en la Evidencia*, o como escriben en el editorial de Otoño 2007 de *Siso Saúde* Luis Vila y Ramón Area, *Medicina Basada en la Obediencia*, un artículo de fe, un mandato de quienes hoy detentan el monopolio de la verdad científica /12 son verdades que precisan de guardaespaldas, en palabras de Sánchez Ferlosio /13.

Una Psiquiatría Perdida entre sus Pruebas, donde ya no cabe lo subjetivo ni la imprescindible incertidumbre de esa mirada amplia, promiscua concurrencia con la filosofía, con el arte, con la cultura que está en los orígenes de la psiquiatría. Pensemos en Pinel, en su *Tratado de la enajenación mental o la manía* /14, en los primeros alienistas, y en la variedad de enfoques psicopatológicos que se han

11/ Fédération Française de Psychiatrie (2003) *Livre blanc de la psychiatrie*. París: JL John Libbey Eurotext.

desarrollado desde entonces y que hoy han sido relegadas por el DSM [*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, publicación de la *American Psychiatric Association*]. Empobrecimiento de la clínica pues es en el saber del hombre en su contexto, en su estar-en-el mundo, en su anclaje histórico, social, biológico, psicológico, donde cobran sentido los síntomas, donde se construye la psicopatología. El problema es que siendo necesario el abordaje biológico para entender ciertos mecanismos, se vuelve nefasto cuando se erige en teoría. No se puede reconstruir todo el universo de los saberes humanos y sociales desde sus fundamentos biológicos. Tan importante es la genealogía de los genes como la genealogía cultural y mítica que se trasmite con el barrio donde se habita, con la familia de la que se desciende. El debate, la confrontación hechos frente a valores, naturaleza versus crianza, resulta irrelevante, y no tendría consistencia alguna, si no fuera por sus repercusiones asistenciales, por llevar pareja una psiquiatría que hace desaparecer al paciente en cuanto sujeto, una psiquiatría que relega la salud mental, y por tanto lo comunitario, al campo de las prestaciones sociales. Y no nos dejemos engañar, no es la consistencia “científica” –¿dónde están los logros más allá de una psicofarmacología que mata moscas a cañonazos o de una aún balbuceante biología molecular?– lo que justifica su auge desde los años 90 del pasado siglo. Son factores de orden económico, y político, el peso de una ideología que hurta la diversidad del pensamiento y de la investigación; es el producto del viraje neoconservador en la política de los Estados y en la conciencia y demanda de las poblaciones. De hecho, aún dentro de este mundo del capital globalizado y neocon son posibles diferencias notables. Poco tiene que ver la cobertura social y sanitaria –y su discurso teórico– de naciones como Canadá, y singularmente Quebec, con la miseria pública de EE UU que ha convertido en beneficencia los términos comunitario y público.

La perspectiva comunitaria

En el otro extremo del debate, queda por desarrollar una clínica más comunitaria, desprendida del lastre manicomial; una nueva psicopatología para una clínica basada en la autonomía del paciente, que aúne la *experticia* con la libertad; que priorice el respeto y la dignidad en el cuidado subjetivo de los pacientes y sus allegados. Como dijo Lanteri-Laura /15, 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 confronta-

12/ Vila, L. y Area, R. (2007) “Retórica de la psiquiatría”. *Siso Saúde*, 44, 9-14.

13/ Sanchez Ferlosio, R. (1994) *Vendrán más años malos y nos harán más ciegos*. Barcelona:Destino.

14/ Pinel, Ph. (1988) *Tratado médico-filosófico de la enajenación mental o manía*. Madrid: Nieva.

15/ En los años 60 y 70 del pasado siglo, los primeros directores del National Institute of Mental Health eran psiquiatras formados en salud pública y las subvenciones en investigaciones estaban orientadas a patologías de la sociedad. Desde finales de los ochenta los estudios tanto del NIMH como del CSIC y el Carlos III en España privilegian la biología, neurología y la genética. Hasta el punto que se ha planteado recientemente la integración del Instituto Carlos III, que incluye la Escuela de Sanidad, el FIS, el centro de epidemiología, entre otros, en el nuevo Ministerio de Innovación Tecnológica.

ción con la realidad del paciente y en ningún caso puede encasillarse en un prontuario, sea cual sea el algoritmo que lo sustente.

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. El debate se centra en un modelo médico hospitalocéntrico frente a un modelo orientado por la salud pública. O en otros términos, Servicios Públicos de Salud frente a servicios privatizados. Estado social frente a Estado neocon.

Un debate en el que no todo vale. Ni la farmacopsiquiatría ni el mercado como política de gobierno son una respuesta para garantizar la salud. La sociedad de mercado funciona sin referencias éticas: no le cabe el individuo en tanto sujeto moral. Hay que separar el beneficio empresarial y hasta individual de la excelencia sanitaria. Hay que insistir una vez más, por mucho que sea obvio: la manera de afrontar la enfermedad, la invalidez y el cuidado definen a las sociedades y a sus representantes políticos, diferenciando tendencias y partidos. La dignidad y el coraje de una sociedad se mide por el modo como acoge la desviación, la marginación y la locura. En este presente huero y desmemoriado que predica el fin de las grandes ideas de la modernidad: justicia, igualdad, progreso, hay que reivindicar una determinada ética. El cuidado ético del mundo consiste en asumir la esencial igualdad de los hombres. El cuidado, la defensa de los derechos humanos, la protección de los sujetos más frágiles, el respeto por las diferencias, al otro. La salud mental de las poblaciones, en suma, no es un privilegio del poder del dinero o de la política.

Después de medio siglo de reformas psiquiátricas en buena parte del mundo, a pesar de los indudables avances del conocimiento y de la técnica: psicoterapéuticos, psicofarmacológicos, psicosociales, rehabilitadores, la salud mental sigue siendo una deuda pendiente de las sociedades y los gobiernos; las familias siguen siendo, en el hemisferio Norte y en el Sur, en países ricos y pobres, los principales soportes de la cronicidad psiquiátrica; los pacientes psíquicos más graves siguen siendo con gran frecuencia parte de los excluidos sociales, sin voz, trabajo ni casa.

Hay que tomar la palabra, pero no hay que decir nunca es natural para que nada se vuelva inmutable. La utopía es necesaria como estrategia. Otra comunidad es posible. Como es posible una sanidad pública universal y colectiva. Lo público no es el regalo de los ricos a la inmensa mayoría. Lo público es un bien del que nadie debe ser excluido.

Manuel Desviat es psiquiatra.