

*sujeto y la comunidad en la búsqueda de soluciones.* Este camino no está exento de problemas, pero tiene la ventaja de constituir un sector de práctica social que permite el replanteo y la discusión permanente de las mismas. *Ninguna otra disciplina, ni aun la medicina, han desarrollado un nivel de autocritica constante como el que caracteriza a las prácticas terapéuticas y sus políticas.*

Existe socialmente legitimado el camino de una intervención preventiva generalizada; se trata entonces de ejercer una actitud crítica que haga posible, en el seno de las prácticas y las políticas, una visión de las contradicciones que la constituyen. Sensibilizar el dispositivo político de la salud mental a estas contradicciones es la dirección que van tomando las políticas actuales. *Se trata de intervenir en casi todos los niveles de la vida social organizada: en el sistema pedagógico, asesorando en los tres niveles de enseñanza en lo relativo a las normas y su regulación; en el trabajo, superando la psicología del trabajo limitado al aumento de los ritmos productivos; en la organización social del tiempo libre y la recreación; en las legislaciones relativas a la familia, divorcio, relación con los hijos; en el derecho, en lo relativo al manejo de las penas y la rehabilitación; en los problemas de riesgo en minoridad, adolescencia, ancianidad; en los medios de comunicación, no sólo por la difusión de valores de salud mental, sino también por el impacto de lo que se difunde en los vínculos humanos, etc.*

R. Castel ha señalado en una reflexión sobre la función de las prácticas "psi" en el contexto europeo, la existencia de "una sociabilidad programada por técnicas psicológicas y relacionales que juega el papel de sustituto de un contexto social en crisis".<sup>2</sup> Piensa además que hay una cultura psicológica en las fronteras entre lo social y lo psicológico, señalamiento preciso con el que acuerdo, y, en parte, trasladable al contexto de los sectores de la clase media urbana en Argentina. Pero esto no es responsabilidad de las políticas de salud mental; no son ellas las que han despertado los apetitos psicoterapéuticos de las clases medias y altas. El "capital relacional", del que habla Castel, no circula ni produce en los sectores populares, en los que los daños que la crisis argentina provoca en los vínculos sociales no logró romper los lazos comunitarios y de solidaridad. En los sectores medios la pérdida de sociabilidad, por fragmentación de vínculos, lleva a

2. R. Castel, *La gestión de los riesgos*, Barcelona, Anagrama, 1984, pág. 208.

muchos individuos a la búsqueda de una sociabilidad artificial y trabajada que le ofrecen las psicoterapias, en primer lugar el psicoanálisis, pero también el conjunto de prácticas reparadoras. *El instrumentalismo y la tecnificación de las relaciones humanas, propio de la actual sociedad, encuentra en las técnicas psicológicas una respuesta posible. Las políticas de salud mental tratan de perfilar una respuesta diferente a estos problemas, se trata de no individualizar, no objetivar (proceso necesario de las técnicas), sino operar sobre los conjuntos sociales con acciones tendientes a reforzar el compromiso comunitario y la solidaridad grupal.*

El psicoanálisis, que luego hemos de introducir, ha jugado el papel fundamental en esta relativización de fronteras que señala Castel, en la medida en que ya no opera solamente sobre sujetos enfermos sino que permite un tratamiento de lo normal. Por eso es necesario tener en cuenta los efectos del psicoanálisis como multiplicador de demandas de salud mental, y creador de un dispositivo ideológico de reparación del capital humano lesionado por la crisis social, que vehiculiza una ideología regresiva, individualista y adaptativa. Destino curioso el del psicoanálisis en su expansión geométrica en la sociedad capitalista en crisis, ya que lo lleva, opuesto al proyecto de Freud, a actuar en favor de una armonía relacional que su creador mostró como imposible. En EE.UU., por ejemplo, los psicoanalistas participaron como vimos en la fundación del movimiento de reforma, luego hegemonizado por las tendencias comunitarias. Sin embargo, el fracaso de la experiencia de la psiquiatría comunitaria se acompañó de una estabilización y hasta una expansión del psicoanálisis, que mostró condiciones para ser operado hacia una forma más de terapia relacional y adaptativa. Obviamente hablamos del psicoanálisis que fue llevado a esa función. En la misma medida en que el lenguaje psicoanalítico sirve de clave general de interpretación de toda conducta o de toda relación humana, se transforma en una psicología superficial. Discernir el lugar del psicoanálisis en las políticas de salud mental es en este sentido esencial.

Estos tres hechos convergentes que reseñamos han modificado el panorama de la Salud Mental, configurando un reordenamiento extenso de todo lo connotado por Salud Mental. Vamos a graficar lo que nos parece constituir el eje de desplazamiento

ración de lo psiquiátrico; la puesta en crisis de la psiquiatría por los cuestionamientos de posguerra y la asunción por el poder político-administrativo de esta nueva problemática.

1<sup>o</sup>) El proceso de modernización de la estructura social genera un reacomodamiento en las condiciones de vida de grandes masas humanas, preponderantemente las ligadas a la producción industrial y las concentraciones urbanas. Uno de los efectos visibles de estos procesos económico-sociales es la producción de un número creciente de individuos que quedan marginados, por distintos motivos, de una sociedad que prestigia el trabajo, la utilidad y el consumo de bienes. Ya no son sólo aquellos individuos que sufren la desocupación por pérdida del empleo, o los que por insuficiencia de preparación no ingresan en la espiral productiva, sino que vastos sectores, que estaban incluidos en la producción, se ven desalojados de ella por cambios bruscos en el tejido social; pequeños comerciantes, obreros con alguna especialidad, profesionales de los sectores medios, artesanos, pequeños industriales, etc. A estos sectores debemos sumar aquellos que, por razones de acomodamiento del conjunto social a los requerimientos productivos, quedan convertidos en marginales: jóvenes que no encuentran lugar en la sociedad, ancianos, jubilados, mujeres de los sectores medios, etc. Quizás una de las características de la vida social propia del actual desarrollo del capitalismo, es la producción en escala de esta masa de individuos que no encuentran, salvo en los márgenes de la sociedad, una existencia digna. Para estas poblaciones el problema a enfrentar es, además de la eventual miseria económica, el de una existencia que no los vincula a los procesos reales de la vida colectiva, condenándolos a una pérdida creciente de la capacidad de incidir sobre las decisiones sociales. Ya no es que se mantenga a estos grupos marginados por formas represivas directas, aunque también sucede, sino que por la fractura de los vínculos sociales y la pérdida de sus historias en el anonimato de la gran ciudad, quedan desgajados del conjunto, en un movimiento sin fronteras que transforma su libertad en desamparo. Obligados a producir sus propias reglas de vida, el riesgo de fracaso y enfermedad es mayor en estos sectores. *Ninguna sociedad dejó de acompañar el desarrollo económico y la modernización con la implementación de políticas sociales destinadas a cubrir los costos humanos del progreso.* Los desocupados en primer lugar, pero también los

ancianos, los problemas de la mujer, de los niños abandonados, de los adolescentes iniciados en la droga o el delito, de los nuevos grupos religiosos, etc., requieren ser atendidos con políticas de cobertura de riesgos. A estos problemas nuevos de la vida social, el Estado ha tratado de hallar soluciones técnicas ya que, no pudiendo alterar los procesos en que se produce la marginación, es necesario atender sus efectos. En general, el objetivo de estas técnicas es el mantenimiento del conjunto social, es decir, la integración forzada de los que fracasan. Hay, por otra parte, un consenso social en cuanto a la necesidad de estabilización de la vida colectiva, y en ese sentido se legitiman las técnicas y las políticas específicas destinadas a mantener esa estabilidad. Pero el consenso social en la sociedad actual no es más un producto espontáneo: éste es producido y trabajado doblemente por los distintos medios sociales de comunicación y por el conjunto de disciplinas que resuelven técnicamente distintos malestares sociales. De este modo estas disciplinas, que asumen con sus recursos el resguardo de ese sector de malestar, funcionan necesariamente bajo su objetivo y la promesa de una integración de los individuos involucrados en sus prácticas al conjunto social. Si la sociedad en el desarrollo de sus políticas económico-sociales tiende a desvincular a un número creciente de sus miembros creando desajustes y marginación, la misma sociedad debe aportar las soluciones técnicas para la reintegración de estos individuos o su mantenimiento en lugares especiales. Mucho se han denunciado estos efectos sociales del progreso económico, en general con acusaciones justas y legítimas, que cuestionan los objetivos de un progreso social que justamente empobrece y distorsiona los lazos humanos de convivencia. Igualmente se denuncia la pretensión de aportar soluciones técnicas, encubridoras de las verdaderas causas de estos problemas sociales. Pero hay una relación demasiado estrecha entre el proceso de tecnificación de la producción, responsable mayor del progreso económico, y sus efectos en las representaciones colectivas de los vínculos humanos. Estos también son consensualmente ligados a una tecnificación creciente de la vida social, que hace natural a los individuos procurarse soluciones técnicas para todos los aspectos de la vida: desde el utensilio electrónico en la cocina hasta la experta en relaciones humanas, desde la elección computada de pareja hasta el experto psicoterapeuta de familia, desde la incorporación de aparatos técnicos para el

placer sexual hasta el experto en técnicas sexuales, etc. etc.

Asistimos entonces a este doble movimiento: creciente fractura de los vínculos colectivos y producción de marginalidad/constitución de disciplinas que hacen abordable técnicamente estas problemáticas. Sabemos que las nuevas poblaciones asistidas en Salud Mental pertenecen en un gran porcentaje a las poblaciones marginadas.<sup>1</sup> Lo que rige el proceso de modernización en Salud Mental, con las transformaciones que hemos visto en sus instituciones, sus técnicas, sus teorías, es también la llegada de estas nuevas demandas, nuevos sectores de población portadores de estas problemáticas, hacia las que apuntan las nuevas políticas de Salud Mental: la drogadicción, el alcoholismo, los ancianos, las conductas asociales, los trastornos de carácter y de adaptación, los menores delincuentes, los llamados enfermos funcionales, los trastornos psicósomáticos, las depresiones reactivas, la patología de la migración, los conflictos de pareja y familia, etc. Es la inclusión de estos nuevos problemas lo que también transformó en caducos los saberes psiquiátricos y las instituciones manicomiales, forzando la búsqueda de otras respuestas prácticas y otras explicaciones teóricas.

2º) El aporte del poder político estatal a la configuración de las políticas de Salud Mental es variado según los países. Vimos estas diferencias en los procesos de Italia, Francia y EE.UU. En Argentina varía también con los distintos gobiernos. No obstante, podemos señalar una tendencia que nos parece caracterizar a grandes rasgos la convergencia que señalamos. El Estado tiende a desarrollar una política de doble faz respecto del sector salud: por un lado asume centralizar la información (epidemiológica, demográfica y socioeconómica), normativiza a través de políticas sectoriales los modelos sanitarios, regula los sistemas de atención y financiamiento, y legisla sobre coberturas; por otro lado tiende a que la población y los individuos asuman por sí mismos la gestión de su bienestar y su enfermedad, y difunde la idea de la participación comunitaria en todo lo referente a los cuidados de la salud. Este seudoliberalismo es actualmente aceptado por casi todos los organismos internacionales de salud, y creemos que

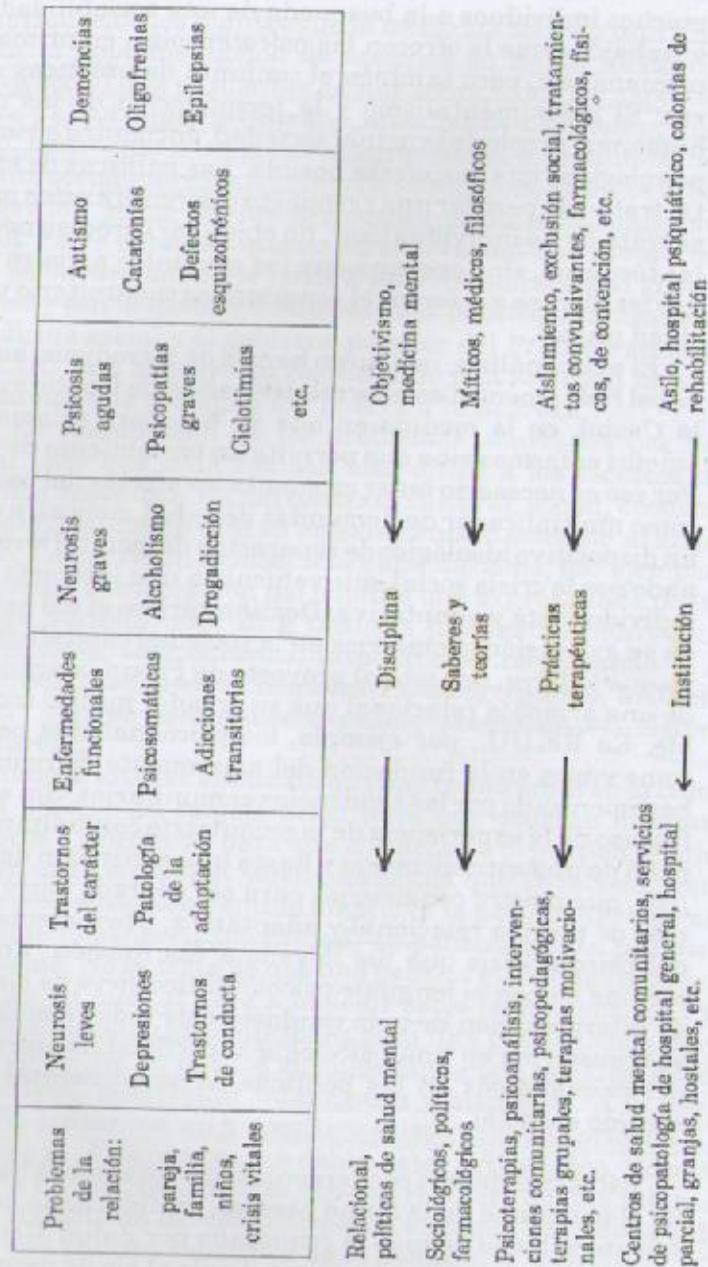
1. En Argentina, la palabra marginal evoca rápidamente la figura del pobre, del autoexcluido o del violento (asocial), a pesar de que el crecimiento de la población marginal en esta época está incrementado a partir de los sectores medios de la sociedad, y no ligados a la pobreza, la autoexclusión o la violencia.

expresa la realidad del problema de la salud en las sociedades modernas, entre lo colectivo y lo individual.

Los cuidados de la salud forman parte de los modos en que una sociedad concibe y trata a los individuos. La historia de la medicina es elocuente al mostrarnos cómo las diversas escuelas médicas han respondido siempre a algún pensamiento filosófico. Porque la medicina hace a la manera en que se comprende el bienestar, establece prioridades en los valores de la vida, es inseparable del conjunto social. La medicina no puede ser comprendida como conocimiento de las enfermedades, separada de los valores de vida y bienestar que promueve. El problema, por lo tanto, no es la medicina como lugar de aplicación de conocimientos científicos y técnicas rigurosas, sino el modo en que estos aspectos específicos se articulan con el conjunto social, con los modos cómo se piensa y se actúa sobre el bienestar humano. Al comprender que la salud pública no solamente es la aplicación de medidas técnicas a problemas de enfermedades, sino que es necesario incluir las condiciones más generales del bienestar de la gente, los problemas se plantean en su complejidad real: el contexto social, las condiciones económicas, la incidencia de las políticas generales, la organización del trabajo y del tiempo libre, el nivel de ingresos, vivienda, etc., forman parte esencial de las condiciones de salud. Se comprende así que la intervención técnica es sólo uno de los aspectos más abarcativos del dispositivo político de salud.

Este pasaje del nivel de padecimiento individual y respuesta médica a una comprensión del bienestar social y una respuesta política abarcativa, caracterizó lo que dio en llamarse "medicina social". Ahora bien, en salud mental el pasaje fue del mismo tipo: romper la frontera de una ideología de la enfermedad mental en el individuo a una intervención preventiva más abarcativa sobre las condiciones sociales del bienestar psíquico. Hay, en cuanto a fines y medios, una identidad objetiva entre las políticas de la medicina social y las políticas de salud mental. La epidemiología nos da un ejemplo al mostrar que en las sociedades urbanas de los países desarrollados, con migraciones internas, se empobrecen los vínculos humanos, tienen más suicidios, más niños con problemas de escolaridad, más depresiones, más neurosis, más psicópatas; pero también más enfermedades infecciosas, más problemas de nutrición, más mortalidad infantil. Los desarrollos de las políticas de salud mental centrados en lo comunitario

← Tendencia de los procesos de modernización →



de los problemas, haciendo una imagen estática de los que entendemos como procesos vivos, en movimiento. Hagamos unas aclaraciones previas:

a) Las flechas del gráfico señalan la dirección de la tendencia, pero no suponen la superación de lo anterior, ya que pretende ser inclusivo de la globalidad del campo.

b) La tendencia marcada por las flechas hace visual lo que puede ser entendido como movimiento de modernización. Este no debe comprenderse en el sentido positivista de una ampliación de conocimientos, sino como un cambio de las políticas de salud mental que proceden a reordenamientos de saberes, prácticas e instituciones. En estos reordenamientos se establecen ciertos ejes hegemónicos, que hacen de núcleo fundacional de la política: por ejemplo, el aislamiento terapéutico en la medicina mental, la intervención comunitaria para la política de sector, la desprofesionalización para la reforma italiana, etc. Creo que la construcción de una política alternativa de salud mental, que se construye siempre como crisis y reordenamiento de lo instituido, requiere de estas "consignas fundacionales", que dan consistencia al conjunto de procedimientos que se proponen, ayudando a la hegemonía por la recomposición de saberes que efectúa.

c) Si en la década del sesenta el campo de las prácticas en salud mental se complejizó por la entrada de nuevas profesiones (psicólogos, antropólogos, trabajadores sociales, psicoanalistas, lingüistas, etc.), haciendo prevalecer la idea de un equipo terapéutico interdisciplinario o multidisciplinario, según las expectativas de comunicación e integración de saberes, la situación hoy es de una tendencia a la superación de profesiones, de modo tal que la disciplina de lo mental, abarcativa de diversos enfoques, saberes, prácticas y profesionales, se quiere "transdisciplinaria". Esta hegemonía ideológica no es en verdad una superación del orden disciplinario, sino la aceptación de superponer, adicionar, enfoques y prácticas diferentes, manteniendo su heterogeneidad y evitando toda ilusión unificadora.

El gráfico es entonces inclusivo; el surgimiento de nuevas prácticas no supone la superación o anulación de las que se ejercían antes. En muchos casos la pérdida por agotamiento o disfuncionalidad con los problemas que trata, hace que ciertos modelos desaparezcan, pero pueden resurgir tiempo después cuando se crean nuevas condiciones favorables. Esto sucedió en

EE.UU. con los hospitales psiquiátricos, sucede en Francia con los nuevos prestigios de un psicoanálisis psiquiatrizado en las prácticas nosográficas, sucede en todo el mundo con el resurgimiento del objetivismo médico por vía de los psicofármacos y las nuevas teorías biológicas, etc.

#### LA NUEVA DEMANDA

La extensión de las intervenciones de salud mental a las poblaciones de riesgo y la intensificación de demandas de atención psicológica a sectores marginados, se motiva en la constatación de un daño real en los vínculos sociales de estas poblaciones, que las hace estar particularmente expuestas a expresar con síntomas patológicos los conflictos. *Se trata no de generar una demanda artificial en sujetos normales, sino de reconocer las fracturas reales que en el plano de la experiencia subjetiva y social produce su situación en la sociedad actual.* Es función de los programadores reconocer la complejidad social en que tales efectos se producen para no reconstituir el modelo asistencialista y objetivante de la psiquiatría. Debe pasarse de la consideración de un sujeto enfermo y de un trabajo terapéutico sobre el individuo a un reconocimiento de la dimensión colectiva del problema y a una intervención sobre los conjuntos sociales.

Esto ha requerido y sigue requiriendo superar los enfoques de una epidemiología ingenua, que sólo hace la fenomenología de los efectos, para pasar a un compromiso práctico con el problema social planteado. El borramiento de fronteras entre lo patológico en el individuo y los malestares de la vida social, o la comprensión del contexto social determinante en otros casos, no supone que se borren también los efectos reales que ciertas formas de vida hacen a una sociedad o grupo humano patógeno y productor de enfermedad. La mera enunciación de que es la sociedad la responsable de las fracturas subjetivas en los individuos, aunque fuera correcta, corre el riesgo de neutralizar las acciones colectivas que eviten dejar solo al que sufre. Sabemos que la distribución de sufrimientos, posibilidades de realización o fracasos, al igual que los bienes materiales, no se hace de manera igualitaria y justa. Si hay ciertos sectores sociales sobre quienes la carga social es mayor, es necesario reclamar del Estado y la sociedad que se provean los medios para aliviarlos.

La clave de la comprensión psiquiátrica del daño, ya vimos,

es convertirlo en enfermedad, objetivarlo para el conocimiento y legitimar una intervención técnica que hemos mostrado como ideología de la segregación y custodia. Desde las comprensiones actuales del daño hay una pregunta por el sentido del padecimiento mental, lo que equivale a preguntarse por sus causas, es decir, por los procesos de constitución del daño y su funcionamiento en la complejidad estructurada de la vida social. Esto convierte al campo de la salud mental en un sector de lucha ideológica, ya que los planteos objetivistas, pragmáticos, tienden a proponer siempre soluciones técnicas, sin preguntarse por las causas, frecuentemente en nombre de la especificidad de la ciencia. Los avances de la psiquiatría social, las reformas de desinstitucionalización y el psicoanálisis, plantean un problema teórico crucial: si la normalidad del sujeto se define en relación con una sociedad, una cultura, un consenso o un discurso del conjunto, el desviante es siempre el sujeto, no la sociedad.

Uno de los planteos de la antipsiquiatría (antes fue realizado por W. Reich) es que la misma sociedad puede ser loca, tener requerimientos francamente patológicos. Las ventajas de la relativización diagnóstica y del abordaje del sujeto en sociedad, que impulsan los modelos preventivos y comunitarios, es que abordan conjuntamente el problema y tienden entonces a zafar de la oposición individuo-sociedad. Lo patológico es pensable en la comunidad y en el individuo. El sujeto que se define en estas prácticas ya no es el individuo burgués aislado ni el sujeto de la ciencia, sino un sujeto político, es decir, social.

En nuestro esquema hemos situado en un extremo aquellas patologías sobre las que la psiquiatría construyó sus teorías y realizó sus prácticas institucionales, avanzando hacia problemáticas de la relación humana: niño, pareja, familia, depresiones, drogadicción, etc. En el extremo opuesto ubicamos a lo que llamamos poblaciones en riesgo. Una mirada psiquiátrica vería, no del todo equivocadamente, una escala de gravedad decreciente, y seguramente justificaría una distribución de funciones: los cuadros graves necesitan la terapéutica del aislamiento y los tratamientos clásicos, y los otros problemas más leves pueden ser atendidos ambulatoriamente por psicólogos, educadores, psicoterapeutas, etc. En la práctica actual esta distribución de tareas suele suceder. Alguno puede llegar a pensar también en que el avance de los conocimientos psiquiátricos permite efectuar una detección más precoz de los enfermos. Pero el esquema señala con

su flecha la expansión de los problemas de salud mental, la inclusión de nuevas problemáticas para las que el modelo psiquiátrico tradicional ya no tiene respuesta. La inclusión de estas poblaciones produce un reordenamiento del conjunto, en la medida que nuevos saberes y nuevas prácticas han cuestionado las concepciones anteriores, sin anularlas. El DSM norteamericano, al incluir más de trescientas categorías, mostró con acierto que el campo del daño subjetivo se ha ampliado.

Dos observaciones últimas. Existieron y siguen existiendo intentos de abarcar con las categorías de la psiquiatría médica los nuevos problemas, entendiendo en la dirección de la flecha que se trata al fin y al cabo de nuevos enfermos mentales, más leves, y que la modernización psiquiátrica consistiría en incluirlos en sus categorías y prácticas. *Esto es lo que con acierto se llama "psiquiatrización" de la relación humana, por extensión, de las categorías de enfermedad.* En la dirección opuesta a la flecha, desde los problemas de la relación humana hacia las patologías graves, la traslación de la comprensión sociopolítica hacia la psicosis, en gran parte correcta, corre siempre el riesgo de una "politización" de la enfermedad mental. Creemos, con Basaglia, que las políticas de salud mental deben asumir y dialectizar esta contradicción.

#### HACIA UNA DISCIPLINA SOCIOPOLITICA

Hemos visto en el capítulo 1 la constitución de la disciplina psiquiátrica en su función de recortar un sector de problemática humana, el malestar subjetivo, para realizar sobre él una articulación de saberes médicos y filosóficos a un poder real ejercido sobre el enfermo. Los núcleos de esta disciplina de lo mental son la "relación de asistencia" y la institucionalización del enfermo. La obligatoriedad de tratamiento, el certificado médico para la internación compulsiva, la realización de prácticas represivas y agresivas, coherentes con la segregación y custodia del enfermo, son elocuentes de que el sujeto de esta disciplina es un sujeto expropiado de sus derechos ciudadanos para convertirse, como enfermo, en objeto de un "seudoconocimiento".

Luego de la Segunda Guerra Mundial, las reformulaciones de lo psiquiátrico generan un reordenamiento de la disciplina por inclusión de saberes y profesionales de ámbitos no médicos:

la política a través de los sociólogos y los trabajadores sociales, la subjetividad histórica a través de las psicoterapias y el psicoanálisis, la inclusión de lingüistas por el pasaje de lo biológico a un orden de lenguaje en la comprensión psicopatológica, la llegada de antropólogos que incorporan la referencia cultural a la enfermedad, etc. Se produce entonces un estallido de la disciplina médica y un reordenamiento transitorio a través de las soluciones interdisciplinarias y multidisciplinarias. Esto permitió por un tiempo resguardar tanto la unidad de la disciplina de lo mental como la hegemonía médico-psiquiátrica. Se esperaba que el equipo terapéutico, al reunir las diferentes dimensiones que se aceptaba intervenían en la enfermedad mental y su tratamiento, unificaría doblemente al individuo enfermo por inclusión de todo lo que sobre él influía (su ser de lenguaje, su inconsciente, su ser de cultura, de sociedad, de cuerpo) y al conocimiento, ya que por adicción, los distintos enfoques contienen un discurso totalizante.

En los últimos años cada uno vuelve a lo suyo. Con frecuencia se genera una curiosa situación: cada profesional reivindica su enfoque como totalidad y rechaza asumirse como especialista de algo parcial. Bajo la batuta del programador de salud mental, cada uno de ellos ejecuta al mismo tiempo su propia sinfonía. El programador y parte del público tienen la ilusión de que escuchan una sola música. Se abrió así lo que hoy se llama transdisciplina. Sin embargo, existe una disciplina de lo mental que se identifica con las políticas de salud mental y es fundamentalmente la figura del programador la que la representa. Esto hace que se hayan asumido como hegemónicas las categorías sociopolíticas, a las que se subordina la intervención de diversas profesiones. La medicina mental es una más de estas dimensiones en el interior del sector salud mental, independientemente de las estrategias de acoplamiento a la salud pública que la política defina.

Así como para la psiquiatría la relación de asistencia y el ejercicio de poder de la relación instituida por el asilo eran los ejes de su política, en la disciplina actual es el Estado quien centraliza las funciones a través de la planificación y programación de las políticas del sector. El director del asilo ha sido suplido hoy (por cierto con ventajas) por el programador. Por otra parte, se tiende a que en la gestión en salud la comunidad participe asumiendo las responsabilidades de sus cuidados. Toda estrategia preventiva requiere de esta gestión social. La conocida y aceptada fórmula

anidan en la sociedad y en el poder político-administrativo. Aun no existiendo en EE. UU. una medicina social, la vinculación de los problemas de la salud mental con los de la medicina general resultó estratégicamente fructífera, en tanto lo connotado por médico es un área de prácticas sociales más prestigiadas socialmente, menos represivas, y representativas de los elementos humanistas persistentes en la conciencia social;

e) aunque es objeto de críticas y prevenciones,<sup>31</sup> la expansión operada por la política comunitaria ha multiplicado en varias veces la capacidad de penetración de las técnicas psiquiátricas, psicológicas y psicoanalíticas, en el tejido social. La ampliación del conjunto de tratamientos que se ofrecen, incluso ya no estrictamente ligados a la enfermedad sino al deseo o la promesa de un vivir psíquicamente más realizado, ha modificado el rostro oscuro de la psiquiatría.

31. R. Castel y otros, *La sociedad psiquiátrica avanzada*, Barcelona, Anagrama, 1980.

## 5. CONSTITUCION DE LAS POLITICAS DE SALUD MENTAL

Hemos visto en el capítulo anterior cómo, a través de los movimientos de reforma psiquiátrica y las políticas de desinstitutionalización, se genera un reordenamiento de los problemas de la salud y la enfermedad mental. Este reordenamiento no puede entenderse sólo como una renovación de la psiquiatría, cuyas categorías teóricas, prácticas e institucionales han sido puestas en crisis (aunque no abolidas). El surgimiento de nuevas problemáticas humanas, de nuevos métodos de abordaje, la configuración novedosa de una disciplina de lo mental que no busca respaldo en la ciencia médica sino que se propone como conjunción de múltiples saberes y prácticas sociales diversas, la inclusión de nuevos profesionales y prácticas terapéuticas, ya no estrictamente ligadas a la enfermedad mental sino a la realización de ideales de bienestar psíquico y, finalmente, una comprensión creciente en los Estados y los políticos de que debe asumirse orgánicamente este nuevo campo, son expresión eloquente de que asistimos a una recomposición profunda en el modo social de existencia de una disciplina de lo mental. Sintetizamos este pasaje como descomposición de lo psiquiátrico y recomposición de las nuevas políticas de Salud Mental. A partir de estos procesos se hace necesario, al abordar los problemas de la salud y enfermedad mental, saber que se trata de un sector específico de prácticas sociales regulado por políticas tendientes a una gestión colectiva del bienestar social.

Tres procesos convergen para producir este pasaje de lo psiquiátrico a las políticas de salud mental: el surgimiento de nuevos problemas humanos, ya no abordables desde la configura-

han enriquecido los planteos de la medicina social y ésta a su vez facilita la implementación de acciones en Salud Mental. Una política social que se plantee actuar sobre todos los aspectos del fracaso y el sufrimiento humano, atendiendo a las poblaciones de riesgo, asistiendo a los sectores carenciados y sensibilizando al conjunto social sobre las fragilidades humanas, permite y facilita una gestión social de los problemas de la salud/enfermedad mental. Se ve entonces que no ha sido casual que la reforma en Italia se llevara adelante junto a las reivindicaciones generales de salud y con la gestión de los partidos políticos, en Francia con la medicina social y el gobierno popular del Frente Patriótico, y en EE.UU. con el proyecto Kennedy de una sociedad más justa que asumiera la consigna de "guerra a la pobreza".

3º) La complejidad de los problemas abarcados por Salud Mental hace que cada vez sea más difícil a los técnicos de lo específico desvincularla del contexto cultural, social, económico, político. La salud mental es en este sentido sensible al sistema político. La oposición democracia/autoritarismo, por ejemplo, no sólo domina la concepción del hombre que expresa toda política, sino que además vehiculiza técnicas propias de intervención: participativas, comunitarias, respetando e impulsando la responsabilidad social en la democracia, o segregando, aislando y tratando con el paternalismo asilar, propio de los sistemas autoritarios.

Es necesario tener en cuenta que hay condiciones en la cultura y en el proceso de subjetivación para que ocurran desajustes neuróticos o psicóticos, para que el fracaso o depresión dominen la experiencia social del sujeto, haciendo que la relación con el otro (la sexualidad en sentido amplio) o la pérdida (problemática del duelo) generen infelicidad, empobrecimiento psíquico o enfermedad. No se trata de que una política globalmente preventiva en salud mental vaya a impedir estos fenómenos. Se trata solamente de generar condiciones para una potenciación mayor de las cualidades en que los vínculos humanos, sociales, pueden ser creativos, desarrollar inteligencia y bienestar. A la vez es necesario contar con un dispositivo asistencial que atienda a los que fracasan. Ambos aspectos deben estar articulados. No puede escapar a nadie que el primer aspecto requiere de una intervención en el plano de las condiciones de vida que hace de la salud mental una política específica de lo social.

Tradicionalmente la psiquiatría teorizó e institucionalizó a

partir de la locura. Actualmente la salud mental cubre prioritariamente tres conjuntos de demandas: a) aquellos que se desmarcan del comportamiento social, o se definen por su diferencia con el conjunto (psicóticos, homosexuales, drogadictos, sociopatas graves, etc.); b) los que por distintas razones fracasan en sus condiciones o capacidad adaptativa, haciendo que necesiten ayuda especial para sostenerse en la vida (neuróticos, depresivos, deficientes mentales menores, etc.); y c) las personas con mayor riesgo de enfermar (ancianos, niños, adolescentes, en crisis vitales, etc.). Cualquiera de los padecimientos de estos grupos pueden ser aislados y tratados como enfermedades o, por el contrario, ser pensados como desarrollos conflictivos, regresivos, en la relación de éstos con el conjunto social. Ambas posibilidades representan la respuesta psiquiatrizante y la respuesta social-comunitaria de la salud mental actual.

La política de salud mental es pues un modo, una intención, de coherentizar y homogeneizar un sector de problemas humanos que sin duda desborda, es más complejo y abarcativo que lo que encierran las categorías médicas o psicológicas. En ese sentido, toda respuesta técnica a estos problemas será siempre parcial y tendrá el riesgo de ser encubridora de las demás dimensiones en juego. Este problema es común a las disciplinas de lo social. El ejercicio del derecho en la aplicación de la ley en la disciplina jurídica, también encubre las dimensiones sociales al pensar el delito individual. Lo mismo encubre la medicina al curar muchas enfermedades sin actuar sobre circuitos sociales de causación. Seguramente, nadie reclamaría por esto su abolición.

¿Qué hacer entonces: negarse a toda intervención técnica y a toda teoría específica para impedir convertirnos en agentes de un orden social y devolver sus padecimientos a los individuos que lo sufren, o reparar a los que sufren psiquiatrizando o medicalizando? Este dilema, que encerró a muchos pensadores críticos de la década del sesenta, no tiene una respuesta interna a la opción así planteada. Una actitud puede ser tan injusta como la otra. No ayudamos más ni somos más éticos si para no psiquiatrizarnos dejamos sin respuesta social específica y librado a su suerte al individuo que padece. Las políticas sociales y comunitarias en salud mental han sido la respuesta no dilemática a esta opción: se trata de intervenir técnicamente abarcando al conjunto de cuestiones implicadas y haciendo partícipe al

(de planificación centralizada e implementación periférica, autónoma y descentralizada, implica esta asunción de la dimensión política de la disciplina.

Este modelo de disciplina con esta función diferenciada no es exclusivo de la salud mental. Es la tendencia de los Estados occidentales actuales en todos los sectores de gestión en previsión, salud, servicios, etc., y supone una redefinición de las relaciones entre lo público y lo privado, entre lo que se dirige y regula centralmente y la periferia de implementación que se privatiza. División también creciente entre el anonimato de los que producen y la notoriedad pública de los que finalmente toman las decisiones por todos.

R. Castel ha señalado la preocupación que crea esta tendencia a la planificación política centralizada. Dice: "El advenimiento de fórmulas inéditas de gestión y de manipulación de las poblaciones, el empuje creciente de las empresas de programación que culminan en el proyecto de programarse a sí mismas, la exigencia de relacionar al sentido de toda iniciativa con una rentabilización inmediata según criterios de eficiencia inspirados en cálculos mercantiles, han encubierto progresivamente, en estos últimos años, los espacios abandonados por otra concepción de la práctica personal y colectiva. Si las cosas continuaran por este camino, pronto no habrá más optimistas que los imbéciles. ¿Qué significa esto? Que la historia de los hombres se ha dejado disolver en la glorificación del cambio tecnológico".<sup>3</sup>

Se trata entonces de que esta nueva conformación de la disciplina no quede encerrada en esta dicotomía y que la participación comunitaria no sea sólo en la asunción de lo que se programa para su bienestar, sino también una participación real en la planificación de sus necesidades psicológicas.

Un párrafo especial merece el psicoanálisis en relación con la constitución de la disciplina. En los años sesenta se pensó que el psicoanálisis podía resolver el problema que se denunciaba en la psiquiatría. A la función represiva y de custodia del enfermo mental y el encubrimiento médico de su verdadera ignorancia, podía oponerse un psicoanálisis liberador de la palabra y el cuerpo de los enfermos y que además oponía a esa ignorancia un sistema conceptual y un método prestigiado socialmente y eficaz. En casi todos los movimientos de reforma psiquiátrica

3. Id., pág. 222.

participaron analistas y la antipsiquiatría anglosajona<sup>4</sup> fue iniciada por psicoanalistas. El psicoanálisis se desarrolló y prestigió en estas experiencias, que en general fracasaron en sus objetivos liberadores (salvo en Italia, donde la participación de psicoanalistas fue insignificante). Sin embargo, se alentó la falsa expectativa de que el psicoanálisis fuera una alternativa a la psiquiatría, expresando una superación modernizadora. No se comprendía que el psicoanálisis, con posibilidades críticas importantes y capaz de facultar distintas intervenciones en salud mental, no puede ser nunca una totalidad equivalente a la psiquiatría. En Argentina, que tuvo una psiquiatría débil, enclaustrada en las cátedras de las facultades de medicina y los hospitales psiquiátricos y sin capacidad alguna de apostar a su renovación, agregado a una cantidad notable de psicoanalistas, fácilmente el psicoanálisis quedó visto como alternativa a la psiquiatría y al asilo. Además de errar el camino, se trabó así el desarrollo de alternativas políticas en salud mental. Si bien es conocido que el repliegue sobre lo privado e individual sucede a toda derrota colectiva, en Argentina, durante la última dictadura militar, ese repliegue se hizo sobre el psicoanálisis, hipertrofiándolo y reforzando la idea de que la reserva alternativa se encontraba entre los psicoanalistas, de los que se esperaba la elaboración del proyecto modernizador de la psiquiatría. El papel de los psicoanalistas fue muy importante en las nuevas políticas, pero en función de estrategias de acción que no son implementación de una política del psicoanálisis. La función del psicoanálisis en las políticas de salud mental, y en la conformación por lo tanto de la disciplina, debe resituarse en función de su propia política sobre la salud y la enfermedad. Tarea que intentaremos en el próximo capítulo.

#### EL REORDENAMIENTO TEORICO

Las teorías psiquiátricas, impregnadas por la referencia al saber médico y filosófico, han estado muy ligadas a un objetivismo de la mirada clínica. La descripción de lo que "se ve en el enfermo", en su conducta, en sus respuestas, o de su relato para la fenomenología, permite clasificar según los signos las diferentes enfermedades. Michel Foucault, a través del modelo del

4. D. Cooper, R. Laing, Tomás Szasz.

panóptico,<sup>5</sup> aunque ligado a las prisiones, permite pensar el modo en que la mirada objetivante del clínico-psiquiatra instala una vigilancia (moral la hemos llamado), dirigida a juzgar los hechos patológicos, la conducta anómala, y corregirla. Jaspers situaba al diagnóstico como un juicio. El hecho de que de la mirada clínica del psiquiatra se haya desprendido luego el control segregativo, debe ser comprendido en relación con esta función moral de vigilancia y castigo. Las teorías médicas de la psiquiatría han sido por una parte la nosográfica, es decir, una taxonomía de las formas clínicas que recoge y describe los signos que observa en el encuentro con el enfermo, y por otra, especulaciones explicativas de la causalidad biológica. El acto médico de encuentro del psiquiatra con el enfermo circunscribe el lugar de reflexión teórica y de práctica diagnóstica.

El pasaje a las políticas de salud mental genera un nuevo espacio de reflexión teórica, ya no abordable con la mirada clínica. Se trata de crear lugares más abiertos a la palabra para que ciertos problemas de la vida social puedan ser hablados. Una reflexión que abarque esos conjuntos requiere de categorías teóricas más complejas. La idea de una prevención primaria llevó a Caplan,<sup>6</sup> por ejemplo, a definir el sujeto de su acción y su teoría ya no como un individuo sino como patogeneidad de los conjuntos humanos. El análisis de Goffman<sup>7</sup> mostró que la capacidad patógena de las instituciones totales no era pensable por las teorías psiquiátricas y requería métodos y teorías sociológicas. Advertido de los efectos objetivantes del saber psiquiátrico, Basaglia propone la renuncia a toda teoría, pero de hecho hace un análisis en teoría política de sus intervenciones desinstitucionalizadoras. Es decir, sucede en los saberes y teorías un momento de desborde por insuficiencia de las respuestas psiquiátricas y una pérdida de sentido de su referencia al saber médico. Las nuevas técnicas de posguerra imponen un cambio de referencia, que hemos analizado, y en el panorama de la salud mental se hacen dominantes las teorías sociológicas de los pequeños grupos (microsociología de los años sesenta), las tesis culturalistas de la antropología, las teorías políticas de la psiquiatría comunitaria, etc.

5. M. Foucault, *Surveiller et punir*, París, Gallimard, 1975.

6. G. Caplan, *Principios de psiquiatría preventiva*, Buenos Aires, Paidós, 1985.

7. I. Goffman, *Internados*, Buenos Aires, Amorrortu, 1970.

En la actualidad, como hemos visto para la disciplina, el papel esencial de la planificación hace que el campo teórico en salud mental se divida. La gestión preventiva sobre grandes conjuntos de población de riesgo requiere de ciertas categorías de la acción política y la gestión administrativa. En otro sector, las teorías terapéuticas y de comprensión de su objeto se superponen, recortando áreas explicativas y prácticas acotadas. Se acepta entonces la coexistencia de teorías de diverso orden y recursos prácticos: sociología de grupos para intervención comunitaria, psicología de grupos para terapéutica en pequeños conjuntos, psicoanálisis, psicopedagogos, psiquiatras, antropólogos, psicólogos, etc. Cada uno con su "cajón de herramientas" teóricas, con sus ritos, prácticas, su lenguaje. Pero la hegemonía teórica, la que organiza y regula el campo de la salud mental y lo que en él se hace, es la teoría política y la gestión administrativa. Todas las prácticas anteriores de la medicina mental clásica requerían alguna forma de individuación, que se personificaba en la relación dual médico-paciente, que por lo mismo encontraba su apoyo en el humanismo burgués clásico. Las prácticas actuales, realizadas sobre conjuntos y aun en el cara-a-cara de las psicoterapias, ya no están sostenidas en el humanismo teórico. Sus categorías de hombre son altamente cuestionadas, dando lugar a un pragmatismo extremo de la eficacia, con empobrecimiento de la reflexión teórica.

Esto se corresponde con el nuevo lugar que va ocupando el especialista, ya no más ejerciendo una totalidad humana, sino limitado a la reparación parcial de un aspecto de la vida de su enfermo. Las nuevas estrategias sociales de la prevención pretenden sobre todo actuar sobre los factores de riesgo, es decir la existencia de ciertos datos más generales que pueden hacer probable el surgimiento de problemas psíquicos en determinada población. Estas acciones ya no son pensables tampoco desde el humanismo clásico, ya que la prevención requiere vigilancia y ésta necesita la no consideración de la intimidad de lo privado que requiere el individualismo burgués. Este doble proceso de gestión administrativa preventiva centralizada, y la dispersión en múltiples técnicas y teorías que actúan acotadamente, hacen de la salud mental actual un conjunto organizado de práctica social, pero no ya una totalidad. Esto se refleja en la coexistencia de teorías diversas y en una mutación de la relación que cada una de ellas mantiene con su objeto. Señala Castel, respecto de la

enfermedades. Como si la química y la biología de la adrenalina nos explicara las causas del miedo. Una reacción ansiosa entre alumnos de una clase frente a un maestro autoritario, que hace uso violento de las reglas escolares, provocando reacciones de temor y ruptura de vínculos entre el grupo, ¿puede resolverse administrando ansiolíticos a todos los niños? No lo resuelve, sin duda, pero puede ayudar a hacerlo soportable. Esto es el gran descubrimiento de los psicofármacos como terapéutica de los estados afectivos normales. Es importante en las políticas de salud mental el lugar que se asigne a los tratamientos con psicofármacos. Las psicoterapias, en especial el psicoanálisis, no tienen reparos especiales en aceptar que se actúe con medicamentos sobre los efectos emocionales o somáticos de los conflictos de las personas, pero su comprensión de estos conflictos es más humana, es decir histórica, y por lo tanto abarcativa. Para ellas la relación terapéutica, como lugar de despliegue y transformación de esa historia, sigue siendo la clave del tratamiento.

b) Las prácticas psicoanalíticas en salud mental juegan en dos niveles: la aplicación rigurosa del método analítico a pacientes del sector público, o la intervención en el conjunto de las políticas, asesorando sobre aspectos preventivos, institucionales, etc. Fue en todo sentido muy importante la inclusión de psicoanalistas en estos niveles, como jefes de servicios abiertos, como programadores, etc. Además, se ha postulado un tipo de psicoanalista capaz de intervenir ya no sólo como terapeuta en una institución pública, sino capaz de realizar prácticas preventivas en el seno de grupos humanos o comunidades.<sup>10</sup>

Lamentablemente, las posiciones de Alexander y Sullivan en EE. UU., o sus similares en Francia, dieron lugar a una figura, la del "psicoanalista-psiquiatra", que oculta y confunde sobre la contradicción que enuncia. El psicoanálisis tiene vocación hegemónica en cuanto, frente a la crisis de las prácticas psiquiátricas, surge como un método consistente y una teoría abarcativa de la subjetividad, que lo hace apto para ser confundido con un relevo moderno de la psiquiatría, oscureciendo así su función en la alternativa. Es, por otra parte, innegable que el psicoanálisis no se limitó sólo a las poblaciones que trataba con su método, ya que ejerció una influencia notoria sobre el conjunto de las prácti-

10. Véase P. C. Recamier, *Le psychanaliste sans divan*, Paris, Payot, 1979.

cas terapéuticas que tomaron de él muchos de sus valores y métodos. El reconocimiento que hacen muchos enfoques terapéuticos no psicoanalíticos de que las enfermedades mentales son expresión de una patología relacional, fue originariamente una idea psicoanalítica y ayudó enormemente en la lucha contra las concepciones médico-objetivistas. El campo de la salud mental está abierto para que una política del psicoanálisis intervenga develando las dimensiones conflictivas de los procesos de subjetivación y sus desvíos patológicos, pero esto no es una renovación de la psiquiatría sino un golpe más definitivo a la caducidad de sus concepciones y tratamientos. En nuestro esquema señalamos a las prácticas girando hacia esta nueva configuración, en la que cambian las funciones terapéuticas a una intervención más dirigida a grupos humanos o comunidades: familia, grupos, escuela, otras instituciones, etc. Son el nuevo campo de intervención. En él ya no hay una profesión y una práctica hegemónica, sino una integración de técnicas heterogéneas y distintas profesiones. En algunas experiencias, como las de Italia, se propuso lisa y llanamente la desprofesionalización, en otras el surgimiento de soluciones pragmáticas que escapen al control directo de las profesiones.

c) Las instituciones no son en sí mismas terapéuticas, como creía la psiquiatría clásica. Salvo la construcción de dispositivos institucionales adecuados a un trabajo transferencial, como el ensayado por Oury, Guattari y otros en La Borde. Lo que los planificadores llaman "establecimientos especiales" pueden tener un buen clima convivencial, no autoritario, que los haga menos patógenos, pero esto no implica que sean terapéuticos. Ninguna política modernizadora puede apoyar una función preventiva en el internamiento. Estos establecimientos son más bien la expresión de su fracaso. El Centro de Salud Mental debe sí respetar las distintas prácticas y los profesionales específicos, ya que esto hace que se refleje en lo público lo que es la atención privada (en países como Argentina, más prestigiada). Lo contrario atrae el riesgo de forzar un "técnico de salud mental" como rostro público de la asistencia, abriendo así en los establecimientos públicos la posibilidad de que se conviertan en un nuevo espacio de institucionalización de la pobreza y la marginalidad.

d) La multiplicidad de prácticas terapéuticas representa necesariamente un eclecticismo pragmatista, que no debe ser analizado por la eficacia de sus resultados, sino por la confusión

que introduce al proponer verdaderas baterías de tratamientos. Se pierde así la dimensión histórica del sujeto tratado, como unidad de sentido, al ser fragmentado por múltiples técnicas que suponen diferentes comprensiones del hombre.

#### LA CONSTRUCCIÓN DE UNA NUEVA IMAGEN INSTITUCIONAL

x El hospital psiquiátrico tradicional ya no puede incluir las nuevas problemáticas, como hemos visto. El problema de los ancianos con necesidad de cobertura, los drogadictos, los marginales de todo tipo, las llamadas poblaciones de riesgo, no son pasibles de este tratamiento institucional. Su persistencia en el actual dispositivo de salud mental obedece a que aún persiste su antigua función de encierro para los individuos que no son abordables por las técnicas preventivas. Además, el gran establecimiento con alta concentración de enfermos mostró su poca funcionalidad y alto costo, aun para las tareas que tenía asignadas. Se trató así de un doble proceso de modernización: descentralización a través de servicios periféricos como los Centros de Salud Mental, servicios de hospital general, etc., para las tareas terapéuticas y preventivas, y descomposición del asilo en establecimientos más pequeños, manejables y de menor costo.

La flecha que indica esta tendencia modernizadora en nuestro gráfico no debe hacer suponer una superación y abolición de la institucionalización psiquiátrica, que haría pensar a muchos en su sustitución por los establecimientos periféricos. Se trata de un ensanchamiento global del dispositivo de salud mental, con un reordenamiento de las modalidades institucionales que hacen que el asilo pase a cumplir nuevas funciones.

El sistema de instituciones periféricas está constituido en primer lugar por el Centro de Salud Mental, luego los servicios de psicopatología de hospitales generales y una red de instituciones especiales para problemas específicos: hogares de ancianos, granjas para drogadictos, casas de internación intermedia, colonias para rehabilitación, talleres de resocialización, etc. En este sistema periférico, se filtran enfermos que, a veces por la índole de su patología (enfermos agitados, violentos, suicidas, etc.) o en otros por su situación social (desamparo grave, asociabilidad, psicopatías, sujetos con procesos judiciales, etc.), no son abarcados por el sistema de atención y pasan a ser contenidos en los viejos hospitales psiquiátricos. Los establecimientos espe-

ciales y la creación de hospitales psiquiátricos más pequeños, es la política que se ensaya para no engrosar la población de los viejos hospicios. En las actuales políticas de salud mental no se ha logrado la abolición de estos establecimientos, a pesar de ser éste uno de sus propósitos explícitos. Pero no es un problema exclusivo de Salud Mental, sino de un tipo de población que circula con requerimientos de institucionalización ya que no logran una existencia social aceptable, y plantean un problema de orden sociopolítico. Tradicionalmente, la psiquiatría asumió como propia esta problemática. La clave hoy para los planificadores es si debe seguirse asumiendo del mismo modo, realizando una institucionalización psiquiátrica de individuos que bien pueden ser asumidos socialmente en otras perspectivas. El mantenimiento del asilo implica para la Salud Mental el riesgo de convertirlo en una retaguardia que siempre puede avanzar sobre el conjunto del dispositivo. La experiencia de la psiquiatría comunitaria en EE.UU. y del Sector francés han mostrado elocuentemente este avance "desde atrás" del sistema, a fin de restablecer sus valores.

La lucha contra toda forma de internamiento, que llevaron adelante todas las reformas psiquiátricas de la segunda mitad del siglo, sigue siendo la consigna clave para asegurar la liquidación de la medicina especial que sostuvo al asilo. Esta lucha debe expresarse en dos direcciones:

a) una desespecificación de los espacios psiquiátricos, que haga de los establecimientos de internación que perduran, lugares transitorios de vida, regulados por prácticas no psiquiátricas: casas colectivas de tránsito para resocialización, granjas que implementen tareas colectivas de readaptación para problemáticas no diferenciadas (psicóticos, drogadictos, desocupados, etc.);

b) desinstitucionalización psiquiátrica de problemas que deben cubrirse en otras áreas: ancianos, menores delincuentes, oligofrénicos, conductas asociales, alcoholistas, etc., de modo de ser cubierta por espacios institucionales de solidaridad y previsión, justicia, medicina, etc. No hay otro camino para evitar los efectos regresivos, cronificantes y de aislamiento, con sus secuelas iatrogénicas, que acarrea la institucionalización psiquiátrica y que han sido ampliamente demostrados.

en todos los casos de políticas y no de ciencia, de problemas humanos y no de naturaleza enferma. Por ello, toda política de Salud Mental está condicionada a los valores que el Estado se dé para su comprensión de la vida social, las políticas generales que implemente en los territorios específicos de salud, vivienda, ingresos, previsión social, etc. La autonomía del sector Salud Mental es sólo relativa. Hay que tener en cuenta un triple condicionamiento: a) el que impone las políticas generales del Estado para el bienestar general y lo que en la legislación se regule para los enfermos mentales; b) el que impone la organización de los sistemas médicos, en especial la Salud Pública, al cual deben coordinarse los objetivos y las acciones en Salud Mental; c) la estructura preexistente en Salud Mental, especialmente los profesionales "psi", ya que debe contarse con ellos, sus hábitos, sus conocimientos, su ideología sobre la enfermedad, sus criterios de práctica, etc. Estos condicionantes hacen que, más allá de lo que propongan los sectores renovadores de la Salud Mental, no haya políticas puras en Salud Mental, ni totalmente participativas en los niveles de preparación, ejecución y evaluación, ni tampoco totalmente represivas y custodiales. La utilidad que creemos tiene nuestro esquema al descomponer en cinco ítems de autonomía relativa y especificidad, es el de visualizar que los procesos de reforma deben avanzar en su conjunto, ya que esto es absolutamente necesario para que una política en Salud Mental logre la coherencia que le permita asegurar sus fines. Lo contrario, las reformas parciales, son más conocidas y hemos visto sus dificultades y fracasos. Por ejemplo: no se puede reformular la cuestión institucional (abolir el asilo), manteniendo la disciplina psiquiátrica, por más que se la piense comunitaria (EE. UU., por ejemplo); no se puede mantener las prácticas terapéuticas clásicas, las teorías psiquiátricas y la referencia al saber médico, y transformar el asilo, pues éste vuelve a vivir en estas prácticas (el Sector francés). Una política de Salud Mental que se proponga reformar la situación representada por la institución asilar, debe construir una alternativa global, debe pasar de una disciplina de lo mental, cuyo rostro institucional es el hospital psiquiátrico, a un dispositivo nuevo cuyo núcleo es la participación de la comunidad. Esto requiere reformular en profundidad los criterios profesionales, las técnicas de abordaje, las instituciones y la ideología de salud y enfermedad en el conjunto social. Si no se actúa de este modo se

Condición de la

V D

corre el riesgo de proceder no a una reforma sino a una ampliación, una extensión, de la asistencia psiquiátrica a nuevas poblaciones. Se trata de sustituir lo existente, no de mejorarlo. Es decir, sustituir su ideología, sus criterios técnicos y sus instituciones en un solo gesto. La cadena que recorre: hospicio → hospital psiquiátrico → servicio de hospital general → centros de salud mental → establecimientos especiales → programa comunitario, puede convertirse también en un embudo por el cual entren nuevos individuos que vayan salteando escalas hacia atrás. Esta cadena requiere, para prevenir esto, ser cortada. ¿Cómo? El programa comunitario no debe contar con posibilidades de derivación para la internación psiquiátrica. Los centros de Salud Mental deben contar con hospitalización parcial breve para situaciones que puedan requerirlo, etc. La situación de los hospicios, hospitales psiquiátricos, colonias, requiere de programas especiales para procurar su desocupación progresiva. Las alternativas para estos pacientes, ya psiquiatrizados, son estrategias diferentes de las que requieren las políticas alternativas para no psiquiatrizarse más individuos.

DD

elem. d. i. polit. de SJ

Vamos a puntuar brevemente lo que nos parece constituye los elementos mínimos de una política de Salud Mental:

- 1) En función del contexto sociopolítico y de las políticas sobre salud en general y previsión, a las que debe coordinar sus planes, define una estrategia de articulación y coherencia de los cinco elementos: percepción del daño subjetivo, disciplina, teorías, técnicas e instituciones. Esto configura un diseño mínimo de los objetivos que la política se propone, su relación con el Estado y los otros poderes, con la estructura preexistente, etc.
- 2) La heterogeneidad que caracteriza hoy las políticas de Salud Mental, requiere definir la ideología general con que la política en el sector ha de encarar sus acciones. De esta definición se han de desprender las consignas fundamentales que dan consistencia y coherencia doctrinaria al conjunto. Por ejemplo, la consigna de desinstitucionalización en la política italiana; la "participación popular en salud" en Francia; "participación comunitaria", etc. La ideología de una política de Salud Mental necesita de estas consignas que actúan de contraseñas de reconocimiento y aglutinación de los que se han incorporado a las acciones.
- 3) Es necesaria una caracterización general de los problemas

de salud y enfermedad mental, preferiblemente avalada por estudios sociológicos sobre condiciones de vida, migraciones o estabilidad, niveles de ingreso, vivienda, problemas de aculturación, niveles y formas de escolaridad, etc., que relacione las condiciones generales de vida con morbilidad, prevalencia de enfermedades, sectores de fragilidad, etc.

4) Definir las poblaciones a abarcar con acciones de Salud Mental y en función de ello el tipo de demandas que habrán de estimularse de acuerdo con las características de los problemas a enfrentar. Esto supone que toda política, aun cuando define criterios y objetivos generales, debe especificarse en relación con un conocimiento preciso de las poblaciones, sus rasgos culturales, económicos, costumbres sobre hábitat, etc.

5) Toda política incluye dos frentes de acción, que necesariamente deben hacerse coherentes: a) el dispositivo asistencial para los que requieren alguna forma de tratamiento, y b) las políticas socio-comunitarias de intervención preventiva. Cada uno de estos niveles requiere estrategias diferenciadas, aun cuando su organización, funcionamiento y ejecución de acciones deba unificarse en los mismos Centros y equipos de trabajo. En la conciencia social, el modelo de abordaje es asistencialista, al igual que en los profesionales de la salud y en el Estado, por lo que una política, aun cuando defina estrategias comunitarias de abordaje, requiere incluir también una organización de asistencia lo más acorde con sus objetivos y métodos. En algunos países donde no se procedió así (Italia al comienzo, por ejemplo) se genera fácilmente un desvío hacia el sector privado o hacia sectores médicos, de los individuos que reclaman ser asistidos, y genera un frente de desequilibrio y oposición a la política<sup>12</sup> que se pretende implementar.

En las intervenciones de prevención y de promoción se requiere una especificación de métodos de abordaje, formulación de técnicas, definidas de acuerdo con especificidades poblacionales, tipos de profesionales para su implementación, etc. En algunos países se alentó la idea de la desprofesionalización, tendiente a liquidar la faz objetivante y asistencialista de los

12. En EE.UU., donde los programas comunitarios no incluían en algunos Estados la asistencia y el internamiento individual, se produjo un número importante de demandas legales a las autoridades reclamando por el derecho constitucional a ser asistidos por un médico.

psiquiatras, enfermeros, etc. Pero el pasaje a un trabajo con grupos, instituciones o comunidades requiere una definición de métodos complejos de abordaje que forman parte, es decir, deben ser coherentes, con la ideología general de la política.

6) La política en Salud Mental debe proponer un modelo de formación de recursos profesionales y técnicos, acorde a sus objetivos generales. La insuficiencia o inadecuación de las formaciones profesionales académicas clásicas para los requerimientos de intervención actual, plantea la necesidad de generar un modelo de formación especial, de pre o posgrado, partiendo de profesionales ya actuantes (psiquiatras, psicólogos, psicoanalistas, psicopedagogos, sociólogos, comunicadores sociales, trabajadores sociales, etc.)

7) Establece lineamientos a seguir para los sectores no directamente incluidos: sistemas de obras sociales, instituciones de prepago, seguros de salud privados, mutuales, etc.

8) Debe brindar un modelo de integración que sea abarcativo y totalizante del sector Salud Mental, con los diferentes niveles de incidencia; normatización de prestaciones, control y regulación de instituciones de prestación ambulatoria o con internación, lineamientos sobre formación profesional-académica, indicaciones sobre financiamiento y retribución de prestaciones, etc.

9) A la vez establece lineamientos generales para la elaboración de un plan nacional, programas especiales, premisas de organización, etc.

*El plan nacional de Salud Mental establece los modos específicos y concretos de implementación de la política del sector Salud Mental, establece los recursos a disponer o formación de nuevos, las estructuras institucionales y administrativas adecuadas, organiza los recursos existentes en función de los nuevos objetivos.*

*Los programas especiales abordan problemas específicos. En la asistencia de adultos, niños, programas rurales, migraciones, rehabilitación de psiquiatrizados, profilaxis de parto y lactancia, programas de acción comunitaria sobre recreación, organización del trabajo con sindicatos, sobre sistemas de atención médica, etc.*

*Las premisas son desregionalizar y descentralizar la programación y ejecución de acciones y centralización de la planificación, normas de prestaciones, premisas generales de organización, etc.*

## ESTRATEGIAS DE ATENCION PRIMARIA Y SALUD MENTAL COMUNITARIA

Desde hace unos diez años, a partir de la conferencia de Alma Ata, se promueve el desarrollo de estrategias de atención primaria para una resolución de los problemas de la salud. Más recientemente se ha intentado, ya que no fue tema especialmente desarrollado en aquella reunión de 1978, vincular las recomendaciones hechas para salud con los problemas específicos que aborda la Salud Mental. Doblemente, esta relación se legitima en que una política de cobertura social amplia del derecho a la salud, constitutiva de los ideales de una medicina social, incluye naturalmente el bienestar psíquico. Además, los objetivos de una política de salud mental, que asigna un papel central a la participación de la comunidad, encuentra coincidencias y respaldo en las propuestas de la atención primaria en salud. Se trata, creemos, de una serie de señales que indican los caminos convenientes a seguir respecto de Salud Mental, pero aún no hay una experiencia recorrida que nos diga sobre la factibilidad de concreción de tales propuestas. Sin duda, las dificultades planteadas son muchas.

En Alma Ata se reunieron 134 países. Argentina estuvo representada por el contralmirante Iran Campo, por entonces secretario de estado de Salud Pública de la dictadura militar que presidía el general Videla. La heterogeneidad de posiciones ideológicas y formas de gobierno entre los asistentes son obvias. No obstante, las coincidencias para la elaboración de las recomendaciones son llamativas, ya que traspasan las políticas reales y las ideologías de quienes las aprobaron. El escándalo mundial por las vicisitudes de la salud y la enfermedad de los hombres y los modos en que los poderes políticos las enfrentan, fue seguramente una de las razones de las coincidencias. A nadie escapa, aunque se pretenda siempre escamotearlo, que los problemas de las enfermedades, la relación del hombre con la muerte, las posibilidades de despliegue de las potencialidades de la vida, se juegan enteramente en el campo donde los hombres regulan su relación con el trabajo, la apropiación y circulación de bienes, las relaciones que los hombres establecen entre sí, las formas políticas en que los Estados organizan la vida social. La conferencia de Alma Ata, entre otras cosas, fue la legitimación política internacional de esta situación. Pero no la garantía de

su asunción coherente por los gobiernos. El director de la Organización Mundial de la Salud decía en su informe: "La comunidad ha de participar plenamente en la planificación, la organización y la administración de la Atención Primaria en Salud. Como la A.P.S. forma parte al mismo tiempo del sistema nacional de salud y del conjunto del desarrollo económico y social, *sin el cual estaría condenada al fracaso*, se habrá de coordinar en el plano nacional, con los demás niveles del sistema de salud, así como con los demás sectores que contribuyan a la estrategia para el desarrollo total del país".<sup>13</sup> Por si quedaran dudas de esta integración de la salud al conjunto de los problemas de la vida social, agrega más adelante: "*El sector sanitario, por sí solo, no puede alcanzar la salud*. En los países en vías de desarrollo, en particular, el progreso económico, las medidas de lucha contra la miseria, la producción de alimentos, el agua, el saneamiento, la vivienda, la protección del medio y la educación, contribuyen a la salud y tienen el mismo objetivo de desarrollo humano".<sup>14</sup>

Desde la década del sesenta, en todo el mundo occidental, las preocupaciones por los problemas del bienestar y su asunción global cobraron un impulso desconocido hasta entonces. Los gobiernos socialdemócratas de Europa y el Partido Demócrata en EE. UU., recogieron y facilitaron el despliegue de estas cuestiones. Se fueron definiendo las situaciones de gran número de colonias de los países europeos, lográndose la independencia de muchas nuevas naciones; se alerta en todo el mundo acerca de los sistemas políticos de opresión, dentro del sistema político nacional y hacia otros países; se denuncia el problema de la pobreza extrema; la segregación (sobre todo en EE. UU. con los movimientos por los derechos civiles y en la denuncia internacional sobre la discriminación en Sudáfrica); se desarrollan los movimientos pacifistas; surgen los movimientos ecologistas integrando la preservación del medio natural a las necesidades sociales; se plantean los problemas de discriminación contra las mujeres, los niños, etc. Entre las muchas cuestiones que planteaban estas "luchas sectoriales" se incluye la campaña de denuncia de la psiquiatría y su papel represivo. Hemos visto cómo los grandes movimientos de desinstitucionalización se desarrollan en esa

13. Informe de A.P.S. del Director General de la O.M.S. y del Director Ejecutivo del UNICEF, Nueva York, 1978, pág. 3.

14. Id., pág. 11. La bastardilla me pertenece.

época. La Conferencia de Alma Ata constituyó la legitimación de integrar los derechos a la vida y a una salud adecuada al conjunto de los derechos sociales e individuales, y establece una responsabilidad compartida de pueblos y gobiernos. La consigna "Salud para todos en el año 2000" sintetizaba tan loables propósitos. La integración de la salud al conjunto de los problemas humanos abrió un camino razonable, lógico, lleno de posibilidades de concreción y devolvía la esperanza de un mundo más cuerdo, donde no se expropié a los individuos de su derecho a intervenir en lo que es esencial para la dirección de sus vidas. Naturalmente, las dificultades que una sociedad de clases, que fragmenta la vida social y natural en función del beneficio y la apropiación privada de bienes, opuso y sigue oponiendo, son muchas. El director de la OMS, doctor Mahler, al inaugurar la Conferencia de Alma Ata y advertir sobre las recomendaciones que se estaban aprobando, dijo dirigiéndose a los gobiernos allí representados: "¿Están ustedes dispuestos a enfrentarse seriamente con el abismo que separa a los privilegiados de los desposeídos en materia de salud y a adoptar medidas concretas para resolverlo? ¿Están ustedes dispuestos a velar por la planificación y la aplicación adecuadas de la atención primaria en salud en un esfuerzo coordinado con otros sectores interesados, a fin de fomentar la salud en tanto que contribución indispensable para mejorar la calidad de la vida de cada individuo, familia y colectividad, como parte del desarrollo socioeconómico general?"<sup>15</sup>

Obviamente, era altamente dudoso que los gobiernos estuvieran verdaderamente dispuestos a abordar las estructuras sociales de privilegio en las que se encierran los problemas clave de la salud. En la Argentina de 1978, estas dudas eran la certeza de que nuestro gobierno no implementaría esta política, diametralmente opuesta a lo que realmente ejecutaba. No se trataba de meras sugerencias técnicas para implantar mejores servicios o coberturas más adecuadas, sino de una propuesta política que reconocía la necesidad de integrar las acciones de salud en un plan más vasto para atender en su conjunto las causas del bienestar "físico, social y mental", como afirma la Recomendación N° 5: "La Conferencia, destacando que la atención primaria en salud debe concentrarse en los principales problemas sanita-

15. Discurso del Dr. Halpdan Mahler ante la Conferencia de Alma Ata, "Atención primaria en salud", O.M.S., Nueva York, 1978.

rios de la comunidad, pero reconociendo que esos problemas y las formas de resolverlo variarán según los países y las comunidades, RECOMIENDA que la atención primaria de salud comprenda, cuando menos, las siguientes actividades: enseñanzas relativas a los problemas de salud más frecuentes y a los métodos para identificarlos, prevenirlos y combatirlos; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento suficiente de agua potable y medidas de saneamiento básico; la asistencia materno-infantil, incluida la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; la promoción de la salud mental y el suministro de medicamentos esenciales". ¿No es esto un programa mínimo de medicina social? La inclusión en este apartado de la promoción de la salud mental no puede tener otro sentido que hacerlo integral y abarcativo de los problemas básicos.

Se entiende entonces que la referencia a la atención primaria de la salud (APS) para las propuestas que se hacen en Salud Mental implica un compromiso esencial en tres direcciones: a) integrar un plan general, político, de captación de los problemas de la salud en las condiciones sociales del bienestar general, físico, mental, social, b) integrar a la salud mental en particular a las políticas de una medicina social que sea capaz de llevar adelante, en forma global y abarcativa, no sólo los cuidados de la enfermedad, sino la promoción de la salud, y c) integrar a la comunidad, a través de sus organizaciones naturales, en todos los niveles de gestión de sus problemas de salud mental.

No se puede decir que las recomendaciones de Alma Ata hayan prosperado en el mundo. En la mayoría de los países occidentales desarrollados, la rigidez de las estructuras de salud instaladas hicieron poco eco a la APS. El debate sobre su aplicación se fue así circunscribiendo a los países del Tercer Mundo. Debe tenerse en cuenta que las recomendaciones de Alma Ata habían surgido, en gran parte, como resultado de las experiencias de la acción médica en estos países, en los que la consigna "Salud para todos en el año 2000" cobra un sentido crucial, frente a las condiciones imperantes de pobreza y enfermedad. La gran mayoría de los países del Tercer Mundo han conformado sus sistemas de salud a partir de la importación de los modelos de acción médica de los países centrales. En Argentina, fundamen-

talmente de EE.UU. Se generan así dificultades muy particulares, ya que la composición social, distribución geográfica de las poblaciones, comunicaciones y transportes en relación con la accesibilidad del sistema de atención, etc., son notoriamente diferentes en ambos tipos de país y sociedad.

Una mirada rápida sobre el sistema de salud de la gran mayoría de los países del Tercer Mundo permite observar las distorsiones introducidas por esta medicina copiada de los países desarrollados: a) el sistema de atención se concentra en la ciudad, sobre todo en las Capitales, en desmedro de las zonas rurales; b) esto se agrega a la dominancia que ejerce el hospital sobre otras modalidades de atención más periféricas: dispensarios, centros comunitarios, etc.; c) prioridad de lo asistencial, curativo, sobre las acciones de prevención y promoción de salud, claves para una política de salud en poblaciones carenciadas; d) mayor gasto en tecnología médica de punta, en general ligada a los métodos de diagnóstico, en desmedro de los requerimientos de una acción sobre las condiciones de miseria de la medicina local, rural, barrial, etc.; e) igualmente, primacía del gasto en construcción de estructuras hospitalarias complejas, con descuido de las actividades médicas más simples; f) centrado del sistema en la medicina y el médico, con descuido de las acciones sociales y comunitarias de lucha por mejores condiciones de bienestar, etc.

En Alma Ata se había insistido en señalar que las principales causas del deterioro de la salud radican en las condiciones de vida y el medio ambiente en general, particularmente las de la pobreza, la desigualdad social y la distribución desproporcionada de los recursos en función de las necesidades, tanto en cada país como en el mundo. Estas condiciones son manifiestas en los países del Tercer Mundo, expresándose en la medicina paternalista, en general autoritaria, con predominio de los hospitales dispensiosos en la Capital frente a la pobreza, con frecuencia miseria, de la red sanitaria periférica. Igualmente, en la conciencia capitalista de la salud que, señalamos antes, proviene de la asistencia al pobre por la Iglesia y se refleja en la mala fe de llamar "gratuita" a la atención pública de la salud.

La APS introduce una visión de la medicina y la salud que trata de abarcar la experiencia real de la misma, en los países periféricos en primer lugar. No es el producto del idealismo humanista que caracterizó a la medicina iluminista, sino la

percepción social de un estado de cosas que requiere un tipo de respuestas novedosas. Si bien en cada país se habrán de fijar los criterios políticos para poner en práctica la APS, hay algunos ejes que son prioritarios, imprescindibles, para definir esta perspectiva nueva en salud. Estos son:

1º) La APS es una concepción general de la salud, que desborda los criterios de una medicina centrada en la enfermedad: a) devuelve a los individuos y las comunidades su responsabilidad y decisión sobre sus problemas de la salud y la enfermedad; b) se trata de una nueva concepción de la utilización de los recursos económicos y humanos; c) establece un sistema de equidad para todos los niveles; d) establece la salud como uno de los elementos del bienestar general, físico, psíquico y social, sin limitarse al tratamiento o a la prevención de las enfermedades.

2º) La APS es a la vez una estrategia de organización de los sistemas de atención de la salud, basada en la integración de las actividades curativas de prevención y promoción de la salud, y la puesta del hospital al servicio de esta estrategia, nunca el centro del sistema. Debe a su vez tener en cuenta que la respuesta a los problemas de la salud no pueden provenir solamente del sistema sanitario, sino que requiere la intervención de dominios sociales, culturales y económicos. La apelación a la participación de la comunidad debe ser efectiva y decisoria, no limitarse a una disminución de los gastos en salud por el Estado.

3º) Si la APS supone encarar una respuesta integral a la problemática de la salud, implica por lo mismo medidas políticas de envergadura, como la lucha contra la pobreza, una mejor distribución de la renta nacional, etc., junto a las estrictamente técnicas, como la organización y estructuración del conjunto del sistema de atención. Se trata de encarar en plenitud la mejoría efectiva del estado de salud de la población, no sólo la erradicación de enfermedades, es decir, de actuar sobre la calidad de vida de la comunidad, la mayor realización de sus capacidades y anhelos personales, la participación en la vida social y familiar. Esto supone que el campo de la salud es vasto y no limitado. La frontera con los problemas del desarrollo económico y la justicia social, no pueden precisarse.

Este principio de integralidad en las acciones de salud que propugna la APS surge de la comprobación efectiva de que la realidad de las enfermedades es integral y compleja. No sólo

porque las causas de las enfermedades son complejas e indisolubles de las condiciones de vida, sino porque cuando alguien enferma y pide asistencia, el problema que plantea es integral, afecta no sólo a su cuerpo sino al conjunto de su vida social. De hecho, si la respuesta es sólo de un acto médico dirigido a la enfermedad, se produce una disociación engañosa del problema.

Es respecto de este último punto que se hace necesaria una aclaración. Es frecuente escuchar un enunciado que postula una estrategia de APS en Salud Mental. Pensamos que no se trata de establecer un modo selectivo de APS, se trata más bien de una situación opuesta, cual es la integración de la Salud Mental en las estrategias de la APS. Todo intento de establecer modos de atención primaria selectiva, es decir, estrategias de acción sobre problemas previamente seleccionados, se constituye en una distorsión de lo que la APS propugna, sobre todo en cuanto al postulado de integralidad. Es la misma dificultad que plantean los llamados planes piloto, en general destinados a una acción parcial y selectiva que deja en pie al sistema general que se cuestiona.

Consideramos entonces que la salud mental es parte inseparable de una política que se proponga desarrollar estrategias de APS, y que es en el interior de ésta que deben replantearse las especificidades que presentan sus problemas.

Repasemos ahora algunos de los problemas que una política de esta amplitud plantea. Si por atención primaria de la salud entendemos la asunción, en toda su dimensión y complejidad social, de los problemas de la salud y la enfermedad, y no meramente un dispositivo de "puerta de entrada" al sistema de atención (como con frecuencia ocurre), es necesario prestar atención a las siguientes cuestiones:

1) La integración de las unidades de salud mental a las políticas generales de salud no debe obviar o negar las diferencias que ambas mantienen. Por el contrario, la consideración de ciertas especificidades permite una mejor coordinación de las acciones:

a) La norma que regula el estado de bienestar físico, aun siendo de construcción social, guarda una relación estrecha con la norma biológica, y ésta es mensurable a través de distintos índices (nutrición, mortalidad infantil, morbilidad, etc.) La norma que regula el bienestar mental es sociocultural y se consti-

tuye, en la experiencia colectiva del sujeto, como valor: capacidad de vínculo social, realización profesional o laboral, expresividad de afectos, control emocional, adaptabilidad a situaciones de conflicto, capacidad de soportar experiencias de pérdida, rendimiento intelectual y racionalidad, capacidad de transformación de la realidad, realización sexual, etc. Es entonces importante en toda intervención comunitaria la intelección de estos valores, que no son absolutos, cuya distinta combinación establece lo que para una comunidad son las condiciones de un bienestar mental. No hay duda de que hay conjuntos sociales cuyas normas psicológicas pueden considerarse patológicas (grupos religiosos, sectas políticas, comunidades de microcultura, etc.), pero un no respeto para con la construcción de valores propios en los conjuntos sociales transforma la acción comunitaria en tarea de adoctrinamiento. La Salud Mental no tiene que intervenir cuando esos valores, transformados en acciones sociales, generan conflictos con otros grupos o sectores sociales, ya que esos conflictos son abarcados por las normas jurídicas. La ambigüedad en muchas conductas sociales sobre la aplicación de la norma jurídica o la intervención de Salud Mental debe analizarse en relación con este respeto de la diferencia, para no convertir en enfermedades psicológicas una cantidad importante de conductas diferenciadas o asociales.

b) La temporalidad histórica en medicina se comprende relativa a la idea de progreso, según la cual lo nuevo y último introduce siempre algo mejor. Esto es reflejo del desarrollo tecnológico y científico, que juegan un papel importante en la medicina. En ésta es legítima la imposición a ciertas comunidades de estos progresos, que permiten el control de ciertas enfermedades, protegen al conjunto social de enfermedades endémicas, logran mejorar la expectativa de vida o disminuyen la mortalidad infantil, etc. Es cierto que en nombre de este progreso se imponen globalmente ciertos modelos médicos ajenos a los valores de la comunidad y que desplazan los criterios locales de salud al considerarlos míticos, irracionales o primitivos, aunque esta actitud sea frecuentemente iatrogénica. Esto forma parte de las consecuencias generales, en todos los ámbitos de la vida, de la aceptación moderna de la idea del progreso. Pero una dificultad adicional debe ser tenida en cuenta en Salud Mental. En tanto en ella no se trata de incorporación de tecnologías, ni de nuevos conocimientos que aseguren felicidad y bienestar, sino de reordenamientos históricos del campo de los problemas de la vida,

nes. La comunidad de profesionales, la difusión de sus conocimientos por distintos medios, el aval académico, el encargo de la atención profesional, etc., hacen que la disciplina sea hegemónica sobre otros canales de formación de representaciones. Cabe entonces preguntarse ¿cuáles son las representaciones (o ideología específica) que sobre la enfermedad y la salud mental vehiculizan los técnicos de la Salud Mental al privilegiar la intervención en la comunidad? Este es un potencial transformador de las demandas sociales al sector Salud Mental que no puede descuidarse, y requiere de una planificación especial de difusión por diversos medios.

4) Hemos mencionado el riesgo que tiene una política de atención primaria de la salud que privilegie la participación comunitaria, de proceder a una reforma por extensión de los servicios de salud mental, produciendo una psiquiatrización de los problemas del bienestar mental. No es suficiente descentralizar la asistencia, porque el movimiento hospital psiquiátrico → institución intermedia → hospital general → centro de Salud Mental → programa comunitario, puede ser recorrido por el enfermo en sentido inverso. Una política que asuma de verdad las premisas de la atención primaria y de la intervención comunitaria, debe separar sus acciones de la estructura psiquiátrica preexistente, para constituir una política alternativa autónoma y suficiente que redefine las teorías sobre la enfermedad, la ideología de las prácticas terapéuticas, la estructura institucional, los roles profesionales y la función del enfermo y la comunidad en todos los niveles: percepción de los problemas, programación y ejecución de las acciones. Sólo una política alternativa de este tipo puede enfrentar las lógicas resistencias que se oponen al cambio. Señalo algunas:

a) El dispositivo institucional psiquiátrico, en general sustentado en las cátedras de la facultad de medicina, grandes establecimientos y organización administrativa, no acepta pasivamente ser desplazado. Se requiere una política concertada de redefinición de funciones, y para ello hay que tener ideas precisas y sustento político-social-administrativo. Este sector, junto a los profesionales, fue el que mayor resistencia opuso en todos los países en que se desplegaron reformas en los últimos cincuenta años. La creación de un sistema alternativo, que al comienzo coexiste con esta vieja estructura, facilita la concertación de una solución en el proceso de cambio (en Italia, por ejemplo, una ley

estableció la reubicación de profesionales, enfermeros y personal en la estructura cuando ya estaba funcionando).

b) No es suficiente enunciar nuevas teorías sobre la comprensión de la salud y enfermedad si no se asegura al mismo tiempo su aceptación por los sectores involucrados. Las teorías que sustentan un programa comunitario requieren ser argumentadas, explicadas a todos los involucrados en Salud Mental y debatidas. De lo contrario se las acepta identificándolas con las teorías de los planificadores, programadores o funcionarios públicos, es decir, de nuevos especialistas, negando su carácter de alternativa global de comprensión de los problemas de salud y enfermedad mental.

c) La conciencia social espontánea sobre la enfermedad mental es médico-psiquiátrica y hace que se exprese como demanda de asistencia. Se requiere una difusión que genere un clima público de debate para modificar estas representaciones, ya que no es posible una acción comunitaria sin el protagonismo esclarecido de la población.

d) Es necesario actuar sobre el imaginario profesional en dos sentidos. Se requiere la formación de nuevos técnicos de Salud Mental capaces de manejar técnicas de abordaje comunitario de Salud Mental, ya que esto no está dado en las formaciones profesionales clásicas. Los roles profesionales están básicamente pegados a dos cuestiones: el beneficio de la enfermedad y la ideología liberal en un ejercicio privado. El pasaje de una "relación de asistencia" a una intervención en comunidad ofrece amplias y diversas resistencias en este sector. El hecho de que la rentabilidad esté atada a la atención privada de enfermos, imponiéndose entonces las leyes de competencia mercantil, y el desprestigio de los espacios de atención estatal, ligados desde siempre a los pobres y mal remunerado, legitiman estas resistencias. Debe tenerse en cuenta que las prácticas psicoterapéuticas se basan en un modelo de relación dual, con el respeto de los espacios de intimidad y resguardo de lo privado. La idea de lo médico, acentuado en lo psicológico, se asocia al secreto profesional. El pasaje a una intervención comunitaria tiene que enfrentarse con estas cuestiones, ya que los profesionales "psi" que se incluyen en los dispositivos comunitarios, tienden a recrear rápidamente lo que en verdad saben: los ritos de la asistencia dual de consultorio, la relación personalizada con "sus" pacientes.

5) La medicina, al hacerse social, articula necesidades de bienestar físico y preservación de condiciones de vida con demandas de atención y cobertura de riesgos, facilitando la accesibilidad al sistema de atención. No produce esa demanda, la detecta y la resuelve, o se propone al menos hacerlo. En Salud Mental la demanda es expresión de requerimientos de bienestar psicosocial, expresa siempre un deseo, y está regulada por los ideales de una norma de salud producida socialmente. No procede estrictamente de una articulación de necesidades. La ampliación de los objetivos de salud mental tiende a producir un crecimiento de la demanda. El papel mayor de este crecimiento está dado por los valores que se promueven en salud, por el tipo de prácticas terapéuticas y por las ofertas que expresan los profesionales. Una política que promueva la acción comunitaria debe estar atenta a esta capacidad potencial de incrementar la demanda de atención, hecho que representará siempre algún grado de fracaso de lo que se intenta promover, ya que la ampliación de las intervenciones preventivas debe disminuir la necesidad de prestaciones. La intervención comunitaria consiste en la aplicación de métodos que, detectando las áreas de conflicto o fragilidad en los vínculos, lo hacen circular por el conjunto social, familiar o grupal, evitando apropiarlo en un diagnóstico o en una intervención técnica resolutiva. Se trata de que el conflicto se resuelva o pierda capacidad patógena por su asunción colectiva. Se trata entonces de hacer participar al conjunto en su abordaje, no ir a atenderlo ofreciendo asistencia especializada. Si, como señalara G. Caplan, "prevención primaria es la acción de modificar los factores que hacen patológica o patógena a una comunidad"<sup>16</sup> es necesario mantenerse en el plano de la acción social, pasando a una atención especial sólo en situaciones no resolubles por el conjunto, y aun contando con él para el abordaje terapéutico.

Hay que tener en cuenta que no hay políticas que puedan diseñarse de un modo riguroso, como en teoría, ya que éstas deben partir del análisis de la realidad en la cual deben operar. La mayoría de las políticas en Salud Mental han representado reformas de diverso grado que no han atravesado las etapas de

16. G. Caplan, *Principios de psiquiatría preventiva*, Buenos Aires, Paidós, 1985.

transición, es decir, los tiempos en que conviven con dispositivos asistenciales tradicionales o francamente regresivos. Se sabe que las poblaciones en las que la estructura psiquiátrica clásica no tiene peso ni tradición, son más favorables a la implementación de las nuevas políticas, y los factores de resistencia son menores. Pero si debemos exigirnos ser rigurosos en diseñar las tendencias hacia las que debe avanzarse. Y esto requiere utilizar toda la capacidad reflexiva (teórica) de que disponemos, toda la experiencia de lo ya realizado en otros países, y de un análisis detallado de los obstáculos que se van presentando.

El planteo de una estrategia de atención primaria en Salud Mental, con una intervención desplazada hacia la sociedad, permite actuar más racionalmente sobre uno de los sectores del padecimiento humano; lleva a asumir colectivamente la responsabilidad por la causación del daño subjetivo y las tareas de reparación; asegura el compromiso del Estado en una política de cobertura, prevención y promoción adecuadas.

Estamos advertidos de los nuevos riesgos sociales y políticos que esta intervención generalizada conlleva, pero, como toda intervención en el campo social, es necesario asumirlos: a) la acción comunitaria puede producir nuevas psiquiatrizaciones de los problemas mentales si oculta la determinación social, económica, cultural, de estos problemas. Pero nadie mejor ubicada que esta disciplina para visualizarlo y evitarlo; b) hay riesgo, sobre todo en las intervenciones preventivas con menores, de congelar conflictos sociales que sean tomados como enfermedad del individuo, y que podrían resolverse sin la intervención del técnico. Caben iguales consideraciones que para lo anterior; c) hay que cuidar mucho que, al conservarse el hospital psiquiátrico, se mantenga un núcleo de segregación y custodia para los que fracasan o no curan en la acción comunitaria. Para esto es necesario abrir interrogantes sobre los motivos reales de este fracaso; d) no hay que alentar la ilusión de que al nombrar y hablar de los conflictos y sus causas sociales se los domina o resuelve. Se debe preservar una capacidad de actuar sobre ellos. El mejor índice de salud suele ser la capacidad transformadora de la realidad que aqueja, no la ausencia de conflictos; e) las dificultades de la vida, los problemas del desarrollo, la marginalidad, el desamparo, etc., deben ser socialmente asumidos, pero no medicalizados, no hacerlos pasibles de terapia. Valga como ejemplo EE.UU.: cuando se promulgó la ley Kennedy tenían internados

550.000 enfermos (2,3 por mil de los habitantes); diez años después del comienzo del Programa Federal de Psiquiatría Comunitaria habían bajado esa cifra a 200.000, pero los datos epidemiológicos en 1972 hablan de un 22% de la población con problemas de enfermedad mental.

## 6. LAS PRACTICAS DEL PSICOANALISIS EN SAUD MENTAL

La relación del psicoanálisis con los problemas que hoy llamamos de Salud Mental surgieron tempranamente. Freud no era psiquiatra, ni sus teorías ni su práctica surgieron en el interior del pensamiento psiquiátrico. No ignoraba por cierto la psiquiatría de su época, cuya hegemonía detentaba, por entonces, la escuela alemana y Kraepelin en primer lugar. Sin embargo, es casi nula su referencia a ella. En la misma época de la aparición del *Tratado* de Kraepelin, uno de cuyos ejes es definir un nuevo sentido para la psicosis (endogeneidad) y cuyo modelo pretende ser para todo el grupo la paranoia, frente a las neurosis (exógenas) más ligadas a la causalidad psíquica, Freud incluye en un mismo grupo y con el título provocador de "neuro-psicosis de defensa", a la paranoia junto a la histeria y las obsesiones, asignándoles un lugar en su teoría de la defensa. Si bien puede decirse que en la persona de Freud el psicoanálisis ignoró a la psiquiatría, muchas de sus teorías interesaron a los psiquiatras de la época, y entre los primeros discípulos de Freud se encontraron varios de ellos que provenían del ámbito hospitalario. J. Bleuler era profesor de psiquiatría en Zurich y dirigía la luego famosa Clínica Psiquiátrica de Burghölzli, ligada al grupo psicoanalítico suizo. M. Eitingon trabajaba en esa clínica, y fue uno de los primeros en acercarse a Freud. Karl Abraham, médico en esa época del Hospital Psiquiátrico de Zurich, cuando arriba a Berlín lo hace vinculado a los medios psiquiátricos del lugar. Por la misma época Ernst Simmel funda una de las primeras clínicas psicoanalíticas privadas en Berlín. En 1920, K. Abraham junto a Max Eitingon funda la Policlínica Psicoa-

irrupción de lo preventivo: "El enfoque médico se torna en este caso a contracorriente. La colaboración de las profesiones médico-psicológicas en las nuevas políticas preventivas pasa por la destrucción de su objeto. Mientras colabora en una política de gestión preventiva, la participación del especialista se reduce a una simple evaluación abstracta: señalar los factores de riesgo. En resumen, procede como un agente administrativo que elabora un banco de datos. Sin duda alguna la máquina alimentada a golpe de diagnósticos puede, en compensación, esbozar una práctica curativa. Las poblaciones detectadas como susceptibles en un plan estadístico serán objeto de una vigilancia especial y de investigaciones específicas que permitirán señalar a los sujetos que deben ser tratados".<sup>8</sup>

#### LAS NUEVAS TECNICAS

Es inherente a toda técnica la objetivación. Hemos visto a ésta como característica esencial de las prácticas diagnósticas y terapéuticas de la psiquiatría. En los procesos de reforma, las psicoterapias ocuparon el lugar de vanguardia en los procesos de desinstitucionalización, especialmente el psicoanálisis. En la conciencia social espontánea se percibía esta oposición entre los tratamientos represivos y de encierro de la psiquiatría, y el respeto por la dimensión intersubjetiva y la palabra que representaban las psicoterapias. Percepción correcta, ya que si el objetivismo seudocientífico de la medicina mental llevó a los enfermos al encierro y al aislamiento social, estas nuevas prácticas se plantean de entrada un ideal liberador a través de la palabra. Pero también las psicoterapias fueron cediendo su lugar de vanguardia en el avance de las políticas preventivas, pasando a ocupar el sitio de uno más de los tratamientos posibles. *En la política de la salud mental, y eso es lo que marca la flecha de nuestro esquema, se trata de recuperar para las prácticas terapéuticas las dimensiones políticas y sociales presentes en la determinación del daño mental, tanto para una comprensión más adecuada de su complejidad como para fundar una intervención tendiente a corregir los circuitos colectivos de causación.*

Como hemos señalado, el especialista actual en salud mental

8. R. Castel, ob. cit., pág. 360.

es el programador, ya que las demás profesiones y sus técnicas de abordaje son parciales, aun cuando se propongan como totalidades terapéuticas. La situación actual en Salud Mental no hace pensable en lo inmediato una abolición de las prácticas de reparación mental y las profesiones que las ejercen (una de las propuestas de Basaglia<sup>9</sup>). Por lo tanto, hay una convivencia de enfoques a la que ya hemos aludido. Se trata sí de marcar una tendencia de las acciones prácticas hacia una intervención más social-comunitaria, lo que requiere un replanteo global de la formación de recursos humanos profesionales. Hay un llamativo desacuerdo entre la enunciación de políticas preventivas, que requieren de técnicos formados para una intervención social, y el mantenimiento de una formación de profesionales "psi" clásica, ligada a la asistencia terapéutica. Esto genera un desajuste importante entre lo que las nuevas planificaciones preventivas prometen y lo que en realidad se hace. Señalemos algunos aspectos:

a) *La formación clásica de psiquiatras ya no es funcional, o es francamente opuesta, a los objetivos preventivos, en tanto reproduce los elementos objetivantes del diagnóstico. Actualmente, su práctica va quedando restringida a la administración de psicofármacos. Esta continuidad de la formación psiquiátrica, ligada a las viejas cátedras de medicina, no es ajena a la extensión del uso de drogas en forma generalizada. Desde que Laborit introdujo la clorpromazina, hasta los actuales ansiolíticos, la expansión ha sido geométrica. Los psicofármacos son hoy el tratamiento más generalizado para todo tipo de demandas. Los neurolepticos, que aportaron para cambiar la situación terapéutica de las psicosis, los antidepresivos con eficacia probada en muchas depresiones graves, el litio en los cuadros maníacos, abrieron el camino hacia una intervención general sobre los estados afectivos y emocionales: la angustia, la ansiedad, diversas somatizaciones, el insomnio, la apatía o el desgano, la tristeza, son ahora pasibles de tratamiento médico-farmacológico. La deducción, demasiado rápida y aventurada, del objetivismo médico retornado por esta vía, fue que el efecto beneficioso y corrector de los psicofármacos nos habría de brindar un conocimiento del mecanismo bioquímico que originaba estos estados. La psiquiatría avanzó confundiendo la bioquímica de las emociones con la etiología de las*

9. F. Basaglia, *La institución negada*, Barcelona, Barral, 1969.

*Toda crítica, para ser materialista, debe servir a la construcción de una alternativa, a riesgo de convertirse en un inútil juego de la razón.* Creemos demostrado por la crítica de los últimos cincuenta años que el sujeto de la psiquiatría, el enfermo mental, fue construido por la medicina mental como un objeto de conocimiento positivo y ocultó su dimensión de sujeto social y político. Las actuales políticas de salud mental —sin duda, campo social e ideológico en tanto se definen valores humanos, y por lo tanto abierto al debate por su transformación— han operado un giro importante en el recorte realizado por la psiquiatría. Han logrado ya restablecer ese sujeto social y político, y no lo objetivan, sino que hacen jugar su intervención práctica en el mismo plano colectivo en que se producen sus problemas. Se las acusa de que también ocultan determinaciones sociales al proponerse actuar sobre sus efectos, sin propiciar una transformación social global. Esta crítica es doblemente injusta: como todas las disciplinas de lo social, Salud Mental recorta un sector de la realidad humana para hacerlo abordable con sus instrumentos conceptuales y recursos prácticos, pero esto no cierra el debate sobre las cuestiones generales. Por el contrario, y a diferencia de las disciplinas religiosas, míticas y médicas que la precedieron, tiene la virtud de generar un campo práctico de racionalidad política donde el sufrimiento subjetivo y sus destinos en las prácticas sociales se hallan más próximos a la verdad y a la razón. En segundo lugar, estas políticas permiten el reconocimiento de estructuras sociales y culturales generadoras de enfermedad, y abren una intervención sobre ellas. Ninguna transformación social en la historia humana ha construido una vida social en la que no se generen sufrimientos psíquicos o se produzcan desvíos psicóticos de la razón. Se trata no de abolir esta capacidad patógena, inherente a todo proceso de subjetivación humana, sino de crear los lugares adecuados para fundar una interrogación teórica y una intervención práctica sobre ellos. Una crítica sin alternativa puede hacer, ya lo ha hecho, que el abandono de ese sector social sea rápidamente llenado por diversos irracionalismos, incluida la medicina mental, que pretendió habernos salvado de ellos.

No se trata entonces, para nosotros, de una utopía relacional o de proveer una sociabilidad programada, como advierte, entre

otros, Castel,<sup>11</sup> sino de actuar en los sectores del tejido social donde se producen las fracturas de la relación humana, para ayudar a recuperar lo que entendemos como condición necesaria de un desarrollo subjetivo más pleno: el lazo social, la solidaridad grupal, la asunción colectiva de los problemas.

Es necesario para ello asumir que la Salud Mental se constituye como un sector de la práctica social complejo y contradictorio, cuya función es transformar ciertos malestares de la vida social en problemas de salud mental, para proveer soluciones técnicas. La respuesta no debe negar la contradicción en que asienta toda intervención técnica. Hay una patología social nueva: enfermos funcionales, trastornos psicósomáticos, aumento de las enfermedades cardiovasculares, problemas de la vejez, pérdida de vínculos sociales, migraciones forzadas, etc. Esta patología es expresión de las condiciones de vida que imponen el desarrollo tecnológico, los ritmos de producción y la pérdida de vínculos humanos en la gran concentración de las ciudades industriales. A ello se agrega la crónica crisis económica que resta compensaciones por el lado del consumo. La respuesta de Salud Mental a esto debe ser, creemos, no la de rellenar los huecos de la crisis con más psicología, sobre todo en las capas medias, sino encontrar los medios para ayudar a conjurar sus efectos en el sufrimiento concreto de los individuos que fracasan.

#### ESQUEMA DE UNA POLITICA DE SALUD MENTAL

Hemos tratado de esquematizar hasta aquí los procesos y las tendencias de desplazamiento que configuran el nuevo panorama de la Salud Mental en los países occidentales. En ningún país este sistema funciona automáticamente. Los problemas de la salud y enfermedad mental, como todo lo ligado a la vida social y sus desvíos, es hoy altamente regulado. No existen en cuanto a esto Estados liberales. Pero es necesario diferenciar entre las regulaciones que tienden a generar espacios de participación colectiva, de modo que la comunidad misma participe en la discusión de sus problemas de bienestar y colabore con las soluciones, y aquellas otras que de modo autoritario implementan dispositivos más ligados al control paternalista o francamente segregativo y custodial. Lo que ha sido mostrado es que se trata

11. R. Castel, ob. cit.

formas diferentes de valorar el bienestar y la felicidad psicológica, la ideología que aportan los técnicos de Salud Mental no es más avanzada, más completa, más verdadera o más eficaz que la que pueden expresar ciertas colectividades. Es entonces imperioso el respeto por las formas espontáneas que una comunidad o grupo humano construye para la comprensión de su bienestar y la gestión de sus sufrimientos.

c) La organización del sistema de atención médica, aun en los más descentralizados y participativos, tiende a conformarse radialmente. Esto es debido a la creciente complejidad de los recursos técnicos y científicos en los diagnósticos, los tratamientos, que hace que determinadas patologías requieran ser atendidas en Centros de mayor especialización o complejidad. De allí que frecuentemente la atención primaria se convierta, en algunas planificaciones, en puerta de entrada al sistema. En Salud Mental no hay tal complejidad técnica, sino grados de dificultad en el manejo de ciertos enfermos. Si se mantiene el sistema radial de atención médica el centro lo ha de ocupar el hospicio, irradiando hacia todo el sistema sus criterios segregativos. Es entonces necesario para un programa comunitario de Salud Mental, y a diferencia de la medicina, tender a que la periferia sea autosuficiente y abarcativa de todos los problemas, evitando la formación de estratos institucionales por gravedad o dificultad de manejo, y que pueden legitimar institucionalmente lo que Basaglia llamó "la carrera de enfermo mental".

En este sentido, el "programa comunitario" de atención primaria debe contar con todos los recursos para abordar la totalidad de los problemas de salud y enfermedad: internación domiciliaria, residencias especiales o casas de familia para internaciones parciales o transitorias, capacidad de extender su acción a servicios de hospital general cuando sea necesario seguir a un paciente, etc. Es necesario, repito, tener en cuenta que en salud mental la derivación de pacientes entre servicios es no por necesidades más especializadas de atención, sino por insuficiencia de recursos para la contención psíquica.

2) Ya hemos definido la política de atención primaria e intervención comunitaria como la construcción de una alternativa que desplaza la institucionalización psiquiátrica, representada por el hospital psiquiátrico, a una restitución a la comunidad de sus problemas de salud y enfermedad mental, para una gestión conjunta de las soluciones. Obviamente, el problema no

está limitado a la existencia objetiva de estos establecimientos, sino a que ellos representan, lo hemos visto, el lugar de realización de una relación instituida de objetivación del enfermo, que asume el lugar pasivo de una operación de asistencia. Hay en esto, que llamaremos modelo asilar, una notable coherencia en la articulación saber-poder del lado del psiquiatra, que legitima las operaciones de objetivación diagnóstica y segregación y custodia terapéutica. Ahora bien, cabe preguntarse: en la intervención comunitaria, dirigida a una desinstitucionalización del enfermo, ¿se anula también el modelo asilar y la relación de poder que engendra? Pienso que la operación no está garantizada si, más allá del cierre o no de los hospitales psiquiátricos, no se construye una nueva relación terapéutica, que no sea objetivante y que pueda establecer una nueva articulación del saber-poder. Esto plantea un cuidado especial con las técnicas de intervención que deben potenciar la circulación de conocimientos (los del técnico, de la comunidad y del enfermo) y respetar una participación de todos en las decisiones. Lo cual no debe confundirse con un, desgraciadamente prestigiado, espontaneísmo empírico de los participantes. Por el contrario, se requiere mucha preparación de los técnicos para estas intervenciones, ya que lo que espontáneamente surge es la relación saber técnico/poder de decisión. Igualmente, con la comunidad se trata de abrir espacios de reflexión colectiva donde sus propios conocimientos y criterios prácticos puedan ser expuestos y pensados. Uno de los requerimientos para evitar la reproducción del modelo asilar es el establecer sistemas de evaluación periódica, que permitan conocer los resultados y las tendencias desplegadas por la acción comunitaria. Esto requiere tener claro que el centro de la atención comunitaria es el equipo de salud, con necesaria formación, y nunca el agente sanitario de la comunidad, que debe permanecer ligado a ese nivel de acción.

3) Ya hemos visto que las disciplinas sociales, y en mayor grado salud mental, son formadoras del consenso, es decir, contribuyen a la construcción de las representaciones colectivas de la salud y enfermedad mental. Como vimos para la medicina mental, la disciplina produce en el imaginario social norma psicológica. En las sociedades actuales con gran velocidad en la circulación de información y gran despliegue de medios de comunicación social, la disciplina ha reforzado esta capacidad de formar consenso, desplazando rápidamente otras representacio-