

## DEBATES E INFORMES

## El declinar de una reforma devaluada

A veces, el silencio es la expresión de algo, que, si se verbaliza, genera tensión y malestar. Ultimamente, el tema de la denominada «*Reforma psiquiátrica*» había quedado soslayado del discurso profesional y oficial. Los círculos académicos nunca lo tuvieron como algo propio y lo vieron, sin necesidad de utilizar ningún eufemismo, como algo «*político*» y, por ende, con frecuencia se sumergieron en un discurso anatematizante. Las asociaciones profesionales, impregnadas del pensamiento único, se han bañado placenteramente en las tranquilas aguas de la «*técnica*» y la «*objetividad*», huyendo de cualquier posición que pudiera ser, incluso tímidamente, tildada con la palabra maldita: «*ideológica*». A los reformistas se les ve dispersos, entre la jubilación, la renuncia, el cansancio, la marginación o simplemente en el «si te he visto, no me acuerdo» y algunos, como Pirandello, buscando al autor.

Nuevamente, en algunos escenarios profesionales ha surgido el interés por este tema. Sin embargo, actores y contextos diferentes parece que transmiten mensajes diferentes aunque exista una cierta homogeneidad en los términos utilizados. Homogeneidad que resulta cuando menos curiosa en estos momentos. Es difícil encontrar alguien que se distancie de una terminología aparentemente reformista.

Esta situación puede hacer pensar que existe un consenso en este tema e incluso que el actual debate es una cuestión exclusivamente técnica. M. González de Chávez (1) advierte que «cuando las ideologías se

van haciendo dominantes, se van volviendo socialmente invisibles». Posiblemente esta aparente homogeneidad encierre más presupuestos ideológicos que lo que algunos quieren ver.

En estas Jornadas, organizadas por la Asociación profesional española que más ha incidido en la Reforma psiquiátrica, el tema se plantea con una calculada y sugerente ambigüedad; ¿Qué fue de la Reforma psiquiátrica? El enunciar una mesa redonda en forma de pregunta puede invitarnos a reflexionar en voz alta, más que a mantener un discurso cerrado. En mi opinión, este enunciado con tono nostálgico, refleja la imagen de una reforma que con un lento declinar se va difuminando en el entramado de unos servicios de salud mental que, con seguridad, se han modernizado. Este escenario contrasta con la denominada «*Declaración de Sevilla*» (2) de abril de 1998. Esta Declaración, con proyección de futuro, ha sido el resultado de un taller promovido por el sector conservador del ámbito académico donde, además, estuvieron presentes los responsables autonómicos de salud mental, técnicos del Ministerio de Sanidad y Consumo, algunos miembros de la Comisión Ministerial que en 1985 realizó el «*Informe para la Reforma psiquiátrica*» y un pequeño número de expertos. La Declaración lleva como enunciado un título claro, consensuado y, yo añadiría, que acertado; «La Reforma psiquiátrica no concluida». Los puntos de la declaración oscilan, sin razón aparente, entre principios muy generales y propuestas concretas. Sin

duda, se echa en falta la ausencia de un diagnóstico de situación que ha conducido a esta Declaración. En todo caso, se aprecia un giro en el sector conservador de la psiquiatría, que coincidiendo con la presencia de un gobierno conservador a nivel central y en gran parte de las comunidades autónomas, quiere ser protagonista de la llamada «*Reforma psiquiátrica*». Posiblemente esta declaración, por el contexto en el que se produce y por quien la promueve, va a ser considerada la línea argumental de los que hoy tienen las responsabilidades en la gestión de los Servicios de Salud Mental en una parte importante del país. Llegados a este punto, se puede plantear: ¿cuando hablamos de Reforma psiquiátrica, todos entendemos lo mismo o hay diferencias que van mas allá de los matices?

*La Reforma Psiquiátrica: un concepto maleable*

Aun cuando la Reforma, de la que estamos hablando aquí, tiene unas fuentes documentales precisas contenidas en el *Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma psiquiátrica* (3) y en el Art. 2.º de la Ley General de Sanidad, no por ello se dejan de oír voces que la interpretan de una manera tan subjetiva que la hacen irreconocible. Lo sorprendente es observar la aplicación tan heterogénea de este proceso en las diferentes Comunidades Autónomas (4), de tal forma que se puede hablar de «*la Reforma*» y de las «*otras reformas*».

La utilización del vocablo «*reforma*» remite, en su expresión más simple, a la necesidad de un cambio del modelo asistencial previo y no, por lo tanto, a una simple modernización de las estructuras asistenciales. Es un proceso de sustitución de

un modelo institucional por un modelo comunitario. La institución psiquiátrica representa el fracaso de un proyecto utópico donde la «*sin razón*» se aísla para generar un mundo basado en la razón. Las consecuencias de este fracaso han ennegrecido las páginas de los derechos humanos. Sin embargo, lo comunitario devuelve al sujeto a una posición dentro de un contexto real, donde la comunidad y el núcleo familiar también juegan un papel activo, y donde se materializa mejor un abordaje bio-psico-social de los problemas de salud mental. Por eso, lo comunitario conecta con el territorio y este término adquiere una relevancia en la planificación que va mas allá del puro ejercicio tecnocrático. En la Reforma, los servicios se denominan comunitarios porque se adaptan a esa realidad territorial y se dimensionan de una forma adecuada a las funciones a desarrollar. Por eso llama la atención que la Declaración de Sevilla no utilice el término comunitario en ninguno de sus puntos, ni refleje las dificultades para conseguir la transición de un modelo a otro. Un documento del Ministerio de Sanidad y Consumo de 1996 (5) reflejaba que en 1994, nueve años después de iniciarse la Reforma, las camas de hospitalización breve en hospitales psiquiátricos todavía representaban el 42% del total de camas de hospitalización psiquiátrica breve. Una situación llamativa era la de Cataluña, donde había crecido el número de camas de hospitalización breve ubicadas en hospitales psiquiátricos. El objetivo de que la hospitalización breve se hiciera en hospitales generales estaba lejos de ser alcanzado. Tan solo en 6 comunidades autónomas (cuatro de ellas uniprovinciales) se había alcanzado al 100% ese objetivo en el año 1994. Al mismo tiempo, se mantiene un sospechoso silencio sobre la calidad de

## DEBATES E INFORMES

estas unidades, aunque en 1991 se conocía que el 41% tenía una capacidad superior a las 35 camas (6). Se olvida que los espacios asistenciales deben de tener unas dimensiones que favorezcan las relaciones y la comunicación, algo básico en las estrategias terapéuticas de salud mental. Sin embargo, estos datos reflejan que la realidad no se puede forcluir y que para nada sirven las maniobras de distracción. Tarde o temprano los problemas vuelven a aflorar.

Lo «comunitario» se ve reflejado en la forma de estructurar la red de servicios. El eje de esta Red debe ser una estructura ubicada en la comunidad, adecuada y accesible a todos los ciudadanos. Este papel lo cumple el Centro de Salud Mental cuando reúne unas condiciones mínimas: tener un equipo multidisciplinar suficiente y tener responsabilidad sobre un territorio de dimensiones demográficas y geográficas adecuadas. Lo multidisciplinar es la expresión operativa del modelo biopsicosocial. ¿Recoge nuestra red de Centros de Salud Mental esta multidisciplinariedad? No se puede dar una respuesta global por la heterogeneidad del país y también porque este problema no ha sido cuantificado adecuadamente, en los últimos años, en las encuestas nacionales de evaluación de los Servicios de Salud Mental. Sin embargo, podemos afirmar que las Unidades de Salud Mental creadas por el Insalud no cumplen adecuadamente con estos principios, por sus reducidas dimensiones y su escasa multidisciplinariedad. A este problema se une el de la población asignada a cada equipo. En 1994 (5) el 48% de la población española era atendida por equipos que tenían una cobertura asistencial superior a los 75.000 habitantes (en un 24% la cobertura era superior a 100.000 habitantes). Siendo la Comunidad de Madrid

donde la situación era más grave, al superar la cifra de 140.000 habitantes por equipo. Un panorama que muestra la discordancia entre las palabras y la realidad, y al que la Declaración de Sevilla no solo no dedica un párrafo, sino que se aleja de cualquier referencia a lo multidisciplinar y retoma la vieja visión excluyente de la psiquiatría. Los términos omnipresentes en la declaración son «psiquiatría» y «asistencia psiquiátrica» dejando una presencia testimonial al término «Salud Mental». Llegados a este punto, es lógico que la declaración no haga referencia al tema de la formación de postgrado de los profesionales «no» médicos, cuando paradójicamente nos encontramos en el año (1998) que se ha aprobado el proceso de especialización en Salud Mental para los profesionales de la diplomatura de enfermería. Ni se hace la más mínima referencia de la adaptación, en la práctica cotidiana, al modelo comunitario del programa MIR y PIR. Mientras estos temas se soslayan, la declaración antepone el término «urgente» en el apartado que se dedica a las actividades diferenciales de las capacitaciones específicas del programa MIR, es decir, la psicogeriatría, las drogodependencias, las psicoterapias y la psiquiatría infantil.

*Hacer visible lo funcional*

Hay dos términos, muy utilizados en los textos de evaluación, «la continuidad de cuidados» y «la coordinación de las acciones», que ocupan fácilmente las primeras líneas de los planes de salud mental, pero que raras veces superan estas fases de los enunciados. Se trata de procesos que no son fácilmente evaluables. Ambos están interrelacionados y expresan una visión integral de abordaje de los problemas de salud

mental. Es la garantía de que la atención no quede fragmentada entre distintos dispositivos y que el sujeto cuente con una atención continuada en el tiempo y coordinada por un terapeuta central. La organización *en forma de Red* permite esta continuidad, al considerar que los dispositivos asistenciales forman parte de una unidad funcional coordinada, por donde circulan los usuarios, los profesionales y los problemas. En la Red, los dispositivos asistenciales no son espacios cerrados que mantienen simplemente relaciones administrativas, sino que se caracterizan por compartir responsabilidades y cooperar en las tareas. Difícilmente puede funcionar una Red cuando los dispositivos sustituyen la cooperación por la competitividad y la responsabilidad asistencial por la selección de la demanda. La organización del trabajo en grupo es uno de los instrumentos esenciales para crear esta *cultura de Red*. Como se trata de una cultura del trabajo en la comunidad, su desarrollo se hace en el día a día y se mantiene con el compromiso de todos. ¿Es esta cultura la que impera en nuestros servicios de Salud Mental? Hay preguntas que no pueden quedar abiertas, pero las respuestas están imbricadas en la heterogeneidad asistencial del país.

Este carácter funcional es también aplicable al campo de la rehabilitación. Se insiste demasiado en que la reforma no ha creado estructuras suficientes de rehabilitación, aunque no queda claro si todos utilizamos este término con el mismo significado. En la Declaración de Sevilla se fragmenta el tema entre lo social y lo sanitario. La recuperación de las capacidades mentales se señala como objetivo central de la rehabilitación propiamente sanitaria. El resto se consideran aspectos sociales (lo laboral, la casa y el ocio), propios de un sis-

tema de prestaciones a garantizar a las personas con problemas de salud mental. Lo paradójico es encontrar en otro apartado de la Declaración una terminología muy desarrollada por la psiquiatría italiana y que incide sobre la necesidad de una rehabilitación en los *contextos reales*. No parece que los autores de la declaración encontraran ninguna contradicción entre estos dos modos de enfocar la rehabilitación. En mi opinión, la rehabilitación no debe dividirse en sanitaria y social. De una forma integral, se debe considerar que la incorporación a un mundo de relaciones se realiza en contextos reales y con experiencias de éxito, lo cual va más allá de poseer una casa o de tener una actividad laboral.

Hay que tener en cuenta que la rehabilitación nos remite al mundo de la cronicidad, donde las relaciones están encerradas en un juego estereotipado cuya salida pasa por construir experiencias con objetivos reales y valorados socialmente. Utilizando la metáfora de C. Beels (7) la rehabilitación se realiza sobre *un poblado invisible* donde es imprescindible el apoyo social y los grupos de autoayuda. De esta forma, el objetivo central es construir una Red social donde los sujetos puedan desarrollar su propia vida reconociendo sus limitaciones, y donde las estructuras de rehabilitación son meros instrumentos de apoyo.

En este contexto se puede entender que las estrategias rehabilitadoras no pueden quedar en la simple demanda de prestaciones sociales. Estamos de acuerdo en que las personas necesitan lugares para vivir («*la casa*»), pero con la particularidad de ser espacios de acogida, donde uno los pueda sentir como algo propio con sus marcas personales. Espacios que puedan ser la antítesis de los fríos e impersonales alojamientos institucionales. El segundo nivel es

pasar de los lugares de vida a los espacios de relación o sociales («el zoco» de la psiquiatría italiana), donde se sienta la mirada de los otros con afecto y apoyo. Por último, queda el ámbito de lo laboral que va más allá de la posesión de recursos económicos y que permite incorporar el sentimiento de ser sujetos de valoración social. La rehabilitación permite al sujeto salir de su «*anonimato social*».

El otro nivel asistencial, junto a la rehabilitación, que más atención ha prestado la Declaración de Sevilla ha sido a la *atención primaria*. Es una postura elogiada por el interés mostrado en un nivel de atención que juega un papel preponderante en el campo de la salud mental. Una cuestión polémica es la forma de abordar la relación entre ambos niveles. Un principio básico es que ambos niveles reconozcan sus diferencias contextuales y las respeten. La relación debe establecerse sobre el principio de cooperación, evitando la tendencia a «colonizar» la atención primaria desde los servicios de salud mental. La atención primaria no puede ser un aliviadero asistencial de la atención especializada, ni tampoco convertirse en un espacio donde se medicaliza el sufrimiento psíquico.

### ¿Es posible la Reforma?

Podemos señalar que hay cuatro elementos básicos que hacen posible un cambio real: *un marco legislativo* que sustenta los cambios, la concreción y asunción de *un modelo comunitario* a desarrollar, la necesidad de un *compromiso* de quien ostenta el *poder político* para afianzar y financiar el proceso y, por último, la existencia de *un grupo de trabajadores activos* que se comprometan a desarrollar y crear

una nueva cultura de trabajo multidisciplinar y comunitario. ¿*Tenemos todos estos elementos?* Existe un marco legislativo aceptable, no tan claro como el italiano, pero que permite avanzar y programar planes autonómicos. El segundo aspecto es más controvertido, pues aunque existe consenso en desarrollar un modelo de tipo comunitario no parece que en la práctica sea asumido por todos los sectores relevantes de la psiquiatría, ni de los servicios de salud mental. La Declaración de Sevilla es el ejemplo donde se devalúa el modelo comunitario hasta hacerlo algo imperceptible. No se trata solo de utilizar términos que provienen del campo de la salud mental comunitaria, sino más bien de incorporar esos principios a la práctica cotidiana. Como apuntaba M. Foucault (8), en una debate apasionado, «No se es radical por pronunciar determinada palabra. No, la radicalidad está en la existencia». Algo parecido ocurre con la aplicación del modelo comunitario.

Un tema delicado es el relativo al poder político. Oímos de forma repetida la necesidad de disminuir el peso del Estado y favorecer la iniciativa privada. ¿Encaja este liberalismo económico con la necesidad de desarrollar una estructura, que como señala la Declaración de Sevilla, no está concluida? No parece muy creíble. Los planes sociosanitarios son creíbles cuando van apuntalados con presupuestos económicos sólidos y estables. Las buenas palabras, sin bases presupuestarias sólidas, oscilan entre la demagogia o la simple beneficencia. Además, no parece que el poder político actual entienda lo que es el modelo comunitario. Por eso, con frecuencia se transmiten posiciones claramente contrapuestas que más bien delatan cierta desorientación e incluso apatía.

El último apartado queda para los protagonistas de la Reforma. En otras experiencias, como la italiana (9), se ha visto que un elemento clave de la transformación de los servicios de salud mental ha sido la participación de un grupo de trabajadores motivados. ¿Cuál es la situación española? Difícil respuesta cuando se habla de algo tan subjetivo como la motivación. Si nos fijamos en los actos concretos, donde puede quedar reflejada esta motivación, hay que afirmar que el panorama es incierto. La producción de publicaciones científicas sobre el tema es muy pequeña, los foros y debates que abordan estas problemáticas son escasos, y los sistemas docentes y la investigación miran hacia otro lado.

### *Un epílogo que pudo ser un prólogo*

Nada de lo dicho es inamovible. Las cosas cambian si queremos y si somos suficientes. Por eso voy a terminar por donde podía volver a comenzar, y con Mecano (10) en su proyección hacia un «Mundo futuro», dejo caer sobre el papel esta pequeña estrofa.

Y aquí seguimos  
Con las mismas ganas de soñar  
Plantando flores  
Sobre hierba artificial.

### BIBLIOGRAFÍA

(1) GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, M., Crítica del libro «La psiquiatría en la España de fin de siglo», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1998, XVIII, 68, pp. 761-763.

(2) CONCLUSIONES DEL TALLER SOBRE «La reforma psiquiátrica no concluida», Sevilla, 23-24 abril 1998, *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1998, XVIII, 68, pp. 780-782.

(3) VV.AA., *Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma psiquiátrica*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985.

(4) APARICIO BASAURI, V., «La Reforma psiquiátrica de 1985», en APARICIO BASAURI, V.(ed.), *Evaluación de Servicios de Salud Mental*, Madrid, AEN, 1993.

(5) *Informe evolutivo de la Encuesta de Salud Mental*. Período 1991-1994, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1996.

(6) DEFENSOR DEL PUEBLO, *Situación jurídica y asistencial del enfermo mental en España*, Madrid, Defensor del Pueblo, Informes, estudios y documentos, 1991.

(7) BEELS, C. Ch., «The invisible village» en BELLS, C. Ch.; BAACHRACH, L. (ed.), *New directions for mental health services* 42, San Francisco, Jossey-bass, 1989.

(8) FOUCAULT, M., «Lo que digo y lo que dicen que digo», en TARCUS, H. (comp.), *El cielo por asalto*, Buenos Aires, 1993.

(9) FIORITTI, A.; RUSSO, L. L.; MELEGA, V., «La asistencia psiquiátrica en Emilia Romagna, 1978-1994; la revolución de terciopelo», *Archivos Venezolana de Psiquiatría y Neurología*, 1997, 43, pp. 119-126.

(10) MECANO, *Un mundo futuro*, 1998.

\* Un trabajo preliminar fue presentado con este título en las XV Jornadas de la AEN, celebradas en Bilbao los días 12, 13 y 14 de noviembre de 1998.

\* Víctor Aparicio Basauri, Psiquiatra, Servicios de Salud Mental, Asturias.  
*Correspondencia:* Víctor Aparicio Basauri. Camino del Club, 4, La Fresneda, 33429 Asturias.

\*\* Fecha de recepción: 18-V-1999.