

Cohabitar la diferencia
Salud mental en lo común

Colección
DIVERSOS



Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con autorización de los titulares de la propiedad intelectual. La infracción de los

derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sigs. Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos (www.cedro.org) vela por el respeto de los citados derechos.

Cohabitar la diferencia

Salud mental en lo común

Manuel Desviat



Consulte nuestra página web: **www.sintesis.com**
En ella encontrará el catálogo completo y comentado

Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o por cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de Editorial Síntesis, S. A.

© Manuel Desviat

© EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.
Vallehermoso, 34 - 28015 Madrid
Teléf.: 91 593 20 98
www.sintesis.com

Depósito Legal: M. 12.045-2020
ISBN: 978-84-1357-101-0

Impreso en España - Printed in Spain

Índice

Prólogo	11
---------------	----

I

PENSAR EN SALUD

1. Nuevos escenarios	19
De la desinstitucionalización a la salud colectiva ..	20
El espacio y la libertad. Notas para esta segunda edición	27
2. Pensar en salud	29
De la salud pública a la salud mental comunitaria ..	30
Sistemas y modelos sanitarios	43
La zonificación sanitaria: el área de salud	46
3. Salud colectiva	49
La producción de salud	59

II

DEL TRATO O LA CLÍNICA PARTICIPADA

4. La acción terapéutica: de lo singular a lo social	67
La negación de la clínica	68
¿Clínica ampliada? ¿Clínica del sujeto?	77

5. Elementos para una clínica renovada (I)	79
Trabajo en red. Continuidad de cuidados. Acompañamiento terapéutico	80
Clínica ampliada. Método Paideia	83
El apoyo matricial	85
La clínica ganó la calle	86
Intervención en crisis	88
El equipo	89
Hospitalización a domicilio	93
6. Elementos para una clínica renovada (II)	95
Diagnóstico y tratamiento	96
Un síntoma - una enfermedad - un fármaco	99
No solo la medicación puede ser iatrogénica	103
Psiquiatría basada en narrativas	105
El modelo de Laponia Occidental: Diálogo Abierto	106
Algunas consideraciones sobre una nueva clínica. Una clínica participada	112
7. Intervención psicosocial en catástrofes y violencia política	117
Atención psicosocial a las víctimas	119
Trauma. Víctimas y victimarios	122
¿Qué se entiende por trauma psíquico?	124
Las respuestas psiquiátrico-psicológicas	127
<i>Modelos de intervención</i>	127
<i>Principios básicos de un plan de atención en salud mental</i>	128
<i>Conclusiones de un seminario con profesionales de atención a víctimas</i>	129
<i>Cuidar al cuidador</i>	131
<i>Perspectiva de la acción comunitaria</i>	132
De la reparación y la memoria. Las opciones se conocen, pero no son fáciles	134

III

EL SABER PSIQUIÁTRICO

8. El conocimiento: necesidad de una psicopatología ..	139
De la teoría y la historia	140
Algunos momentos y obras cimentadores del saber psiquiátrico	144

<i>La alienación mental</i>	145
<i>El triunfo de la lesión</i>	148
<i>De las estructuras psicopatológicas: de Bleuler y la Psicopatología general de Jaspers a la tercera edición del DSM</i>	152
<i>La concepción comportamental de la salud mental</i> ..	157
9. El conocimiento (II): los límites de la normalidad y la locura. Crisis de la psiquiatría, psiquiatrías críticas	159
Algunos momentos y obras cimentadores del saber psiquiátrico (continuación)	160
<i>El movimiento antipsiquiátrico</i>	160
<i>La institución negada y la coordinadora psiquiátrica</i>	166
<i>En busca de un nuevo paradigma. La psiquiatría biológica o la ciencia en crisis</i>	168
<i>Psicopatología descriptiva. La escuela psicopatológica de Cambridge</i>	171
<i>La insoportable levedad del concepto biopsicosocial</i>	173
<i>La sociedad terapéutica y la pospsiquiatría</i>	174
<i>La otra psiquiatría. Subjetividad crítica</i>	175

IV

SALUD MENTAL EN LO COMÚN

10. Cohabitar la diferencia	179
El saber profano	180
El movimiento de sufridores psíquicos	182
Proyecto EMILIA	188
<i>Recovery</i> o emancipación	190
El asociacionismo en España	194
<i>Desmesura</i>	198
De la comunidad a la multitud	200
<i>Pero ¿qué se entiende por comunidad?</i>	201
<i>Comunidad como territorio</i>	204
<i>La ciudadanía responsable</i>	205
11. La construcción social de la enfermedad: medicalización e iatrogenia	209
La medicalización indefinida	210

La creación de enfermedades. El TDAH y la medicalización de la infancia	212
Las patologías del vacío: de la represión al “hágalo ya”	216
El caso de Simão Bacamarte	221
Otras formas de enfermar: itinerarios de la locura ..	222
12. La dignidad como derecho: ética, legislación psiquiátrica y derechos humanos	227
La necesidad de legislar	228
¿Tratamiento o condena?	231
Los orígenes de la ética médica	232
La diversidad de los valores éticos	234
Ética en salud mental	236
Algunos procedimientos a debate	239
<i>De la coacción a la contención mecánica</i>	240
<i>Tratamiento involuntario ambulatorio</i>	241
<i>Capacidad y competencia</i>	243
Trabajo social y asistencialismo	247
13. Vicios privados, ¿beneficios públicos?	249
La seducción por el mercado	250
¿Pero cuáles son las consecuencias?, ¿qué suponen para la eficiencia, la contención del gasto, y para la equidad, la satisfacción del usuario y la legitimación social?	251
Las trampas de la optimización de la gestión sanitaria pública	254
La salud mental en tiempos de la Gran Recesión ..	257
Capitalismo, democracia y salud mental	260
La indignación salta a la calle	260
14. La reforma inacabada	263
Principios	264
Logros, debilidades y amenazas	266
Los cambios en la gestión. El cliente sigue al dinero	269
Una psiquiatría sin paradigma teórico	271
La cuestión de la sostenibilidad	273
Consecuencias de la crisis político-económica	276
A modo de balance	279

15. Alienación social, alienación patológica: perspectivas para una salud colectiva	281
La cuestión del dato	282
Estigma y alienación	287
La verdad científica	290
De nuevo la clínica	292
<i>Salud mental en lo común</i>	294
¿El futuro ya no tiene porvenir?	295
Coda	299
Posdata a la 2.ª edición (salud mental en lo común)	301

2

Pensar en salud

Pensar en salud es constituirnos en actores sociales
que podamos poner en la agenda las prioridades del amor,
el trabajo y la lucha por una sociedad más justa.

MARIO TESTA
Pensar en salud

De la salud pública a la salud mental comunitaria

Hay dos formas de entender la salud y sus modelos de atención, dos formas de pensarla como sanitarios y como ciudadanos: como una responsabilidad individual o como un asunto social, colectivo. Dos formas que corresponden a dos modelos asistenciales y a dos modelos de Estado, algo de imperiosa actualidad en estos momentos en el mundo en cuanto que el debate “sanidad pública frente a sanidad privada” es central para definir el modelo de sociedad. Dos formas que atraviesan toda la historia de la sanidad y la salud pública y que en salud mental se complementan con otra confrontación: ¿qué enferma, el cerebro o el alma?, ¿mente sin cerebro o cerebro sin mente? Dos posiciones que reflejan, en un caso, la manera de entender la estructura política, económica y social de la que dependen las ideologías y modelos sanitarios y, en el otro, la tensión en la cohabitación forzosa entre las llamadas ciencias puras y las ciencias humanas, entre las ciencias de la naturaleza y las de la cultura.

Se tiene, pues, para pensar la salud mental, un eje político, la organización sanitaria, y un eje psicopatológico. Dos ejes que han sido determinantes del modelo asistencial, del modelo de la atención a la salud mental, a los que se añade, cada vez con más presencia, un nuevo eje: el empoderamiento ciudadano, la implicación de la población en las formas de gestionar la salud y la enfermedad, los saberes profanos en el conocimiento, en la construcción del saber sobre la salud. De ahí el cambio del artículo por la preposición que propone Mario Testa: no se trata tanto ya de pensar *la* salud como de pensar *en* salud desde una ciudadanía incorporada como sujeto activo en el proceso, donde la voz de los pacientes cuente. Tres ejes y una consideración moral: no todo vale. No la *curación* a cualquier precio. Los fines no justifican los medios. Con el señuelo, la trampa o la supuesta bondad normalizante se han hecho, y se siguen haciendo, auténticos desastros terapéuticos y sociales. Más aún con los enfermos mentales, cosificados de entrada.

Conviene detenerse ahora en los avatares históricos de la salud pública. Presente en el ideario de la Ilustración como una de las condiciones para el progreso, la salud pública emerge en la Francia revolucionaria como un proyecto político de la burguesía. El nuevo orden que se instaura con

la revolución democrática rompe con la vieja relación entre pobreza y enfermedad, en tanto que objeto de la caridad, y considera que la salud incide en la riqueza nacional. Se cuestiona la idea individual de la higiene y de la salud, considerándose los factores sociales y los estilos de vida de las colectividades, así como las costumbres en tanto que favorecedoras o perjudiciales para la salud. Philippe Pinel, considerado el fundador de la psiquiatría como especialidad médica –y, lo que es menos conocido, en el campo de la salud mental fue promotor de la higiene pública en Francia (ocupó la cátedra de Física Médica e Higiene y de diputado en la primera asamblea constituyente en la que se estableció el derecho de ciudadanía de forma universal, en que debatió se incluyese a los alienados una vez recuperados)–, recoge la importancia de los aspectos sociales en el padecer psíquico en su *Tratado médico filosófico de la enajenación o la manía*¹. La naturaleza, escribe, “se completa con las costumbres. Las costumbres productos sociales, cambian la naturaleza y su acción puede ejecutarse por el sistema nervioso”.

Esta relación de la psiquiatría con la salud pública se perderá en la segunda mitad del siglo XIX, con el triunfo de la lesión en detrimento de las causas morales en el origen de las enfermedades mentales y con la consolidación de la microbiología como dogma. Ahora, las crecientes desigualdades en salud provocadas por la industrialización se explican por la naturaleza de las enfermedades. Se produce una escisión entre la asistencia y la salud pública con el triunfo del positivismo en el pensamiento de la época. Son los tiempos del fracaso de la revolución obrera de 1848 y el auge de la física social de Auguste Comte, en donde todo se reduce a los hechos y a las relaciones entre ellos. Una escisión que va a perdurar hasta la actualidad, en mayor o menor grado, y de la que es ejemplo el sistema sanitario de Estados Unidos, donde, por un lado, quedan como responsabilidad del Estado la higiene y la política sanitaria (medidas para evitar las enfermedades transmisibles que atraviesan todas las clases sociales y muy tardíamente programas para pobres y ancianos) y, por otro lado, están las empresas y profesionales destinados a la

¹ Pinel, P. (1988). *Tratado médico-filosófico de la enajenación mental o manía*. Madrid: Nieva, p. 198.

asistencia clínica sujetos a una práctica privada. De hecho, si uno busca en *el Kaplan*², libro paradigmático de la psiquiatría estadounidense, podemos leer que hace a la psiquiatría comunitaria sinónimo de la psiquiatría pública y que a esta la considera como una psiquiatría para pobres.

Esta brecha entre la asistencia y la salud pública la criticó tempranamente Rudolf Virchow, uno de los más prestigiosos patólogos y salubristas del siglo XIX, quien tras sus estudios sobre la epidemia de tifus en Silesia consideró que las causas de la epidemia eran tanto sociales y económicas como físicas, y propuso como remedio la prosperidad, la educación y la libertad en un contexto democrático no limitado, solicitando medidas sociales y la organización de una estructura sanitaria pública, ya que es el Estado el encargado de proteger la salud de los ciudadanos (de hecho, logró que el gobierno de Bismark accediera a crear el primer ministerio de sanidad conocido, en 1871, y el primer seguro obligatorio de enfermedad para los trabajadores).

Hoy nadie puede ignorar que la mejora de los niveles de salud en las sociedades avanzadas responde solo en parte, y no la más significativa, al desarrollo del sistema sanitario. Se sabe que el aumento de la calidad de vida, alimentación, vivienda, consumo de energía, cultura y, sobre todo, estilo de vida, juegan un papel decisivo en el estado de salud de una comunidad. En este sentido, Abraam Sonis, en un libro de 1976, ordenó una serie de países basándose en indicadores económicos (ingreso per cápita y su distribución, consumo de energía, estructuras de producción, ritmo de acumulación del capital) obteniendo un perfil similar al conseguido con indicadores sociales y sanitarios: alfabetismo, mortalidad general e infantil, porcentaje de población que dispone de agua corriente, consumo de calorías y proteínas, número de médicos por habitante³. Parece evidente: el nivel de salud es expresión del grado de desarrollo socioeconómico. El tipo de patologías nos permite caracterizar un país o una región. Hoy se sabe que, por mucho que las investigaciones actuales se

² Sadock, B. y Sadock, V. (2009). *Kaplan&Sadock. Sinopsis de psiquiatría* (vol. 10). Barcelona/Philadelfia: Oxford University Press, pp. 272-283.

³ Sonis, A. (1976). *Medicina sanitaria y administración de la salud*. Buenos Aires: El Ateneo.

centren en indicadores biológicos específicos, factores como el grupo étnico, el sexo, la clase social, el medio y el abuso concurrente de alcohol y drogas tienen un gran efecto sobre el desarrollo de buena parte de las enfermedades mentales. Tan importante es la genealogía de los genes como la genealogía cultural y mítica que se transmite con el barrio donde se habita, con la familia de la que se desciende. Los trastornos mentales no son la simple consecuencia de las condiciones sociales adversas, pero se ha verificado que la pobreza, la falta de seguridad, la violencia y la ausencia de relaciones familiares saludables en la niñez y el trauma psicológico o la experiencia de pérdidas significativas son factores que influyen en la vulnerabilidad de la persona a las enfermedades mentales y en el curso que estas siguen. Ese es el resultado, por ejemplo, de un estudio realizado en Holanda con personas nacidas durante el periodo 1944-1946, en el que se observó un mayor riesgo significativo de padecer esquizofrenia entre los nacidos en el llamado “invierno del hambre holandés” de 1944-1945 o de un estudio publicado en *Psychological Medicine*, investigadores de la universidad de Haifa (Israel) que muestran que los riesgos de tener esquizofrenia son mayores en las personas que han sufrido las persecuciones nazis durante la Segunda Guerra Mundial⁴.

Hoy la existencia de millones de refugiados, de gentes desplazadas por conflictos bélicos, limpieza étnica o persecuciones políticas, nos hablan de poblaciones frágiles, cuya salud ha podido quedar comprometida por varias generaciones.

En salud mental es a principios del siglo xx cuando surge la idea de higiene mental, promovida por un movimiento cuyo origen se vincula con un paciente, Clifford Beers, varias veces hospitalizado y autor de un libro, *La mente que se encontró a sí misma*, publicado en 1908 en Nueva York, que conmovió a la opinión pública norteamericana⁵. El movimiento de higiene mental entronca con un renacer de la salud pública en el primer tercio del siglo que en psiquiatría va a reflejarse en la creación de dispensarios de higiene men-

⁴ Susser, E., Neugebauer, R., Hoek, H. W., Brown, A. S., Lin, S., Labovitz, D. y Gorman, J. M. (1996). “Schizophrenia after Prenatal Famine. Further Evidence”. *Archives of General Psychiatry*, 53(1), 25-31. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1996.01830010027005>.

⁵ Beers, C. (1908). *A Mind that Found Itself*. Nueva York: Doubleday.

tal y en la política de puertas abiertas de asilos y manicomios y, sobre todo, en la fuerza de un movimiento ciudadano y profesional que reunirá a cuatro mil quinientos delegados de cincuenta y tres países en el Primer Congreso de Higiene Mental, celebrado en 1929 en Washington (en España se crea la Liga de Higiene Mental, que participa en el congreso con tres de sus promotores, Germain, Sacristán y Mira, y que será un elemento fundamental, junto con la Asociación Española de Neuropsiquiatras, para las reformas progresistas que se introdujeron en la asistencia y legislación psiquiátrica en la II República)⁶. Pero será después de la catástrofe humanitaria de la Segunda Guerra Mundial cuando se producirá un cambio en las políticas sanitarias y sociales que va a permitir una transformación radical de la asistencia y la salud pública con la creación servicios asistenciales de cobertura universal, los llamados servicios nacionales de salud en Europa y Canadá (un informe realizado en el Reino Unido en plena Guerra Mundial, el Informe Beveridge [*Report to the Parliament on Social Insurance and Allied Services*, 1942] establece las bases del estado de bienestar al plantear que es necesario hacer frente, a través de un seguro universal financiado con los impuestos generales, a lo que califica como los cinco gigantes: indigencia, enfermedad, ignorancia, miseria y desempleo).

Es este marco político el que va a permitir el desarrollo de un modelo comunitario que incorpora principios de la salud pública –una salud pública, por otra parte, renovada– frente a un modelo individualista. Cambio que inaugura la recién creada Organización Mundial de la Salud en 1948, con su definición de la salud como estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de enfermedad. Cambio de mentalidad que se va a reflejar en algunas propuestas que marcarán la orientación de la salud pública y la asistencia sanitaria de buena parte del siglo xx. Entre las más importantes están la Conferencia de Almá-Atá⁷, que supuso el impulso para el desarrollo de la atención primaria al proponer trasladar el centro de interés desde el hospital a la

⁶ La asociación, fundada en 1924, cambia su nombre después de la Guerra Civil por Asociación Española de Neuropsiquiatría. En la actualidad, al ser pluridisciplinar desde su renovación en 1977, Asociación Española de Neuropsiquiatría-Profesionales de la Salud Mental.

⁷ OMS (1978). *Alma-Ata 1978. Atención Primaria de salud*. Ginebra.

atención primaria y desde lo asistencial a la promoción y prevención; la Carta de Ottawa, promovida en la Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud, plantea como áreas de acción construir políticas públicas saludables, reforzar la acción comunitaria y reorientar los servicios de salud, especificando como condiciones fundamentales y recursos para la salud la paz, la vivienda, la alimentación y los ingresos. En su propuesta, la promoción de la salud consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma⁸.

La nueva salud pública, o promoción moderna de la salud, tiene su base en un documento ministerial para debatir la cuestión sanitaria titulado *A New Perspective On the Health of Canadians*, que se conocerá por el nombre de su autor principal, Marc Lalonde, un abogado por entonces ministro de Sanidad. El *Informe Lalonde*, que era un diagnóstico comunitario de la salud en Canadá, señalaba que gran parte de las muertes prematuras e incapacidades que sufrían los canadienses eran prevenibles, por lo que era preciso desplazar la prioridad sanitaria hacia la prevención. El argumento: la salud resulta de un conjunto de determinantes: ambiente (natural y social), estilo de vida (comportamiento individual que afecta a la salud), biología humana (genética, fisiopatología y organización de los servicios). En su estrategia, el Informe Lalonde llamaba a hacer hincapié en intervenciones para mejorar el estilo de vida, argumentando que había pocas dudas de que las mejoras futuras en el nivel de salud de los canadienses residían principalmente en la mejora del medio ambiente, en la moderación de los riesgos autoimpuestos y en el perfeccionamiento de nuestro conocimiento de la biología humana. Por lo que, preconizaba, serían necesarias intervenciones sobre el “estilo de vida”, entendiéndolo como un agregado de decisiones individuales que afectan a la salud, decisiones personales y malos hábitos que crean riesgos autoimpuestos. Cuando tales riesgos acaban en enfermedad

⁸ OMS (1986). “Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud”. *Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud* (Ottawa, Canadá) 21 de noviembre. Ginebra: OMS.

o muerte, se puede decir que el estilo de vida de la víctima contribuyó o causó su propia enfermedad o muerte⁹.

El informe representa un punto de inflexión en la salud pública de los países desarrollados, una nueva era en la historia de la salud pública. Lo que va a denominarse la nueva salud pública o de promoción de la salud, que hoy día sigue inspirando políticas de salud en la mayoría de los países occidentales con conceptos como estilo de vida y calidad de vida, integrando cambios ambientales, medidas preventivas e intervenciones terapéuticas personales, especialmente para los ancianos, para dar años a la vida pero también dar vida a los años. Hay un cierto retorno a los planteamientos de los salubristas del siglo XIX, como Virchow, que, como ya se ha señalado, mantenían que había una asociación entre enfermedades, pobreza y condiciones de vida, lo que confirman investigaciones epidemiológicas como el *Informe Black* (Department of Health and Social Security, 1982), o los estudios de Ratcliffe, que comparan los buenos indicadores sanitarios del Estado de Kerala (India) con los mucho peores de los Estados más ricos. Ratcliffe atribuye a la mejor distribución de los recursos la implantación de políticas sociales y una educación “en masa”¹⁰. Estos resultados llevan a la importancia de las medidas fiscales que favorezcan la equidad, a una política económica y una legislación contra la desigualdad, pues el problema de la nueva salud pública, como trataré más adelante al referirme a la salud colectiva, es que la sobrevaloración de los estilos de vida, sin tener en cuenta las condiciones de vida, ha contribuido a una ideología de la salud individualista que hace responsable absoluta a la persona de su enfermedad. Es cínico, si no inmoral, atribuir la mala salud de los pobres a su mala vida, al estilo de su alimentación o a lo insalubre de su hábitat.

Estrategias que procuran intervenir sobre estilos de vida no deben servir de justificación para no enfrentarse a las causas de la iniquidad en la distribución de los recursos y del

⁹ Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians. A Working Document*. Canadá: Department of National Health and Welfare, pp. 26-32.

¹⁰ Ratcliffe (1978). “Social Justice and the Demographic Transition. Lessons from India’s Kerala State”. *International Journal of Health Services*, 8(1): 123-144.

poder en la sociedad. Hay que indagar sobre el contenido de la noción de hábitos de vida saludables, y es útil siempre preguntarse sobre quién y cómo se definió o qué es el estilo de vida saludable, cuáles son las causas que están en el origen del estilo de vida saludable o cómo es que no se cuestionan las relaciones sociales vigentes, las consecuencias para la salud del modo de producción capitalista¹¹. Cómo es que no se tiene en cuenta el “modo de vida”, donde se reflejan las condiciones económicas, culturales y sociales de la vida cotidiana de las personas y poblaciones.

Hay factores como el alcohol, el tabaco o las drogas, entre otros, que juegan un papel importante en la predisposición a enfermar, pero no pueden reducirse a la simple voluntad y responsabilidad del sujeto hábitos enraizados en determinados modelos de producción y consumo. Igualmente ocupa un papel de primer orden el trabajo. En un estudio de envejecimiento realizado en Estados Unidos, se llegó a concluir que el más fuerte vaticinador de longevidad era la satisfacción en el trabajo. El segundo era la felicidad en general. La dieta, el ejercicio, la asistencia médica y la herencia genética llegaban a representar solo el 25 % de los factores de riesgo de las enfermedades cardíacas, principales causas de fallecimiento¹². Claro que son pocos los que pueden jactarse de bienestar en el trabajo y muchos menos de una felicidad sostenida. Como bien dice César Rendueles en su libro *Capitalismo canalla*, la inmensa mayoría, “cuando accedemos a nuestro trabajo renunciamos a nuestra soberanía como ciudadanos para someternos al dictado de normas despóticas y arbitrarias”¹³.

Más aún cuando la reciente crisis financiera está creando, si no una nueva clase social, como se está plateando¹⁴, sí un estatus social, el precariado. Las personas quedan presas en una sucesión incoherente de *minijobs*, falsas becas de estudio,

¹¹ Resende Carvalho, S. (2007). *Saúde colectiva e promoção da saúde*. São Paulo: Hucitec, p. 151.

¹² Huertas, R. (1998). *Neoliberalismo y políticas de salud*. Barcelona: El Viejo Topo, p. 119.

¹³ Rendueles, C. (2015). *Capitalismo canalla: una historia personal del capitalismo a través de la literatura*. Barcelona: Seix Barral, p. 28.

¹⁴ Standing, G. (2012). “Book review response: Guy Standing, *The Precariat: The New Dangerous Class*”. *Work, Employment & Society*, 26: 690-692. <https://doi.org/10.1177/0950017012448226>.

bonojobs, trabajo eventual o de falso autónomo; con el desempleo como una amenaza constante; deudas, desahucios... La tendencia de reparto de la renta es más desigual que nunca. Los grupos dirigentes han incrementado en el curso de las últimas décadas su capacidad de pagarse a sí mismos remuneraciones extravagantes por falta de un contrapoder sindical adecuado, yo diría de un contrapoder social, ciudadano, democrático. Todos los indicadores vienen señalando la polarización de la desigualdad en la distribución de la renta. Se observa un fuerte proceso de concentración de la renta en el 10% de los más ricos y un estancamiento o disminución en el 10% de los más pobres. Y, sin embargo, nadie puede ignorar que la desigualdad corrompe la sociedad desde dentro, agudizando las *patologías* sociales. Desigualdades que pretenden justificarse por una ideología basada en el mérito, en la productividad y competencia de cada uno. Modo de justificación que se basa, en palabras de Thomas Piketty, en la estigmatización del “pobre poco meritario” en una sociedad que dice favorecer una igualdad de oportunidades. El autor de *El capital en el siglo XXI* considera los discursos meritocráticos una clara hipocresía y da un ejemplo para demostrarlo: la renta media de los padres de los estudiantes de la Universidad de Harvard corresponde en la actualidad a la renta media del 2% de estadounidenses más ricos. Lo que le permite plantear la distinción de dos jerarquías que ponen en juego mecanismos de dominación y de producción de desigualdades: la jerarquía patrimonial y la jerarquía del capital cultural, retomando el análisis de Pierre Bourdieu sobre las nuevas formas de dominación que para este autor están basadas en el capital cultural y simbólico. A la alienación laboral se añade la culpabilización de los perdedores. La consideración de las desigualdades es central hoy en los estudios de economía y es fundamental en salud pública. Las explicaciones tradicionales de las desigualdades de salud suelen centrarse en los aspectos biomédicos, dejando a un lado los factores sociales de la salud: la consideración de la desigualdad en la enfermedad, la discapacidad y la muerte según clase social nivel de renta, condiciones de vida, entre otros. Determinantes de salud que deberían contribuir a definir las políticas sanitarias si de verdad creemos que el objetivo de la salud pública es garantizar que las personas vivan en condiciones saludables.

Sin embargo, las acciones para paliar la iniquidad de estas desigualdades suelen centrarse en factores biomédicos y en la atención sanitaria, algo que se ve favorecido por la existencia de grupos de presión influyentes (industria, profesionales, expertos...), interesados no tanto en cómo prevenir la continencia de la enfermedad sino en cómo diseñar, financiar y organizar la atención sanitaria una vez que la enfermedad, o su simple sospecha, ha hecho aparición. En el estudio que realiza la comisión creada por el Ministerio de Sanidad y Política Social en 2008, consideran que las desigualdades en salud son aquellas diferencias en salud “injustas y evitables entre grupos de poblaciones definidos por sus aspectos sociales”: personas de clases desfavorecidas, como “las de la etnia gitana, las que residen en áreas de mayor privación, las mujeres y más recientemente la población inmigrante procedente de países pobres”¹⁵.

Unas desigualdades que, según un informe de 2014 elaborado por la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), se han incrementado con la crisis económico-financiera en un país que ya luce el grado más alto de desigualdad en la Unión Europea¹⁶. La crisis económica y la forma en que las políticas públicas la están gestionando afectan a la salud en prácticamente todas sus dimensiones. En salud mental hay evidencia de que entre 2006 y 2010 hubo un incremento significativo de los trastornos mentales más frecuentes atendidos en atención primaria y un aumento del consumo de antidepresivos, así como un descenso de la esperanza de vida y un aumento constatado de los suicidios, incrementándose la distancia entre una clase social y otra; en un barrio u otro de la misma ciudad en cualquier parte del mundo. En Barcelona, la esperanza de vida en barrios como Torre Baró, en Nou Barris, es once años menor que en Pedralbes. En el barrio de Calton, un barrio pobre de la ciudad de Glasgow, la población tiene una esperanza de vida de cincuenta y cuatro años, una de las más bajas del mundo; a pocos kilómetros, en la rica zona de Lenzie,

¹⁵ CRDSS-E. Comisión para reducir las desigualdades sociales (2012). “Propuestas de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España”. *Gaceta sanitaria*, 26(2): 182-189.

¹⁶ Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (2014). “Informe 2014. Crisis económica y salud”. *Gaceta sanitaria*, 28: 1-146.

la esperanza de vida es de ochenta y dos años, una de las más altas de Europa¹⁷. La salud pública preventivista habla de sujeto en riesgo, de sujetos vulnerables, pero poco se dice de las causas estructurales del sistema social que ocasiona la vulnerabilidad.

No es de extrañar, por tanto, que la salud pública se encuentre en el bagaje de los procesos de reforma cuando estos quieren ir más allá de la simple desmanicomialización de la asistencia. Está presente en la psiquiatría de sector francesa, se puede ver en la circular que crea el sector en 1960, donde van a confluir principios de salud pública y de psicoterapia institucional; lo está en la reforma inglesa, que se realiza dentro de los fundamentos del Servicio Nacional de Salud; en la psiquiatría en el territorio italiana y en la psiquiatría comunitaria de Estados Unidos, entre otros procesos, como fundamento esencial en sus orígenes¹⁸.

Es en la obra de Gerard Caplan, *Principios de psiquiatría preventiva*, considerado el libro inaugural de la psiquiatría comunitaria, donde la influencia de la salud pública en la salud mental es más explícita, al extraer categorías de esta para organizar la atención comunitaria en salud mental: los niveles clásicos de prevención primaria (reducción de la frecuencia de trastornos mentales en una comunidad), prevención secundaria (reducción de la prevalencia) y prevención terciaria (reducción de las secuelas de la enfermedad, rehabilitación y reinserción social) y el desarrollo de las técnicas de intervención en crisis, acciones en poblaciones con riesgo especial y situaciones de alto riesgo, cuyo no abordaje o mala resolución es muchas veces punto de partida de futuras enfermedades mentales. Como señala Paulo Amarante, fue gracias al concepto de crisis que la psiquiatría preventiva asumió la característica de una propuesta de salud mental comunitaria en la cual los equipos de los centros de salud mental pasaron a ejercer un rol de consultores comunitarios, identificando e interviniendo en crisis individuales, familiares y sociales¹⁹.

El momento fue propicio –tiempo de la Nueva Frontera del presidente Kennedy, del programa de lucha contra la

¹⁷ Maestro, N. (2017). “El grito: capitalismo y enfermedad mental”. En N. Maestro y otros, *Salud mental y capitalismo*. Madrid: CismaEnsayo.

¹⁸ Desviat, M. (1994). *La reforma psiquiátrica*. Madrid: DOR.

¹⁹ Amarante, P. (2015). *Salud mental y atención psicosocial*. Madrid: Editorial Grupo 5, p. 57.

pobreza, cuando la sociedad norteamericana se vio sacudida por las protestas de la guerra de Vietnam, las secuelas del Mayo francés y, en salud mental, por una ola de denuncias de gran repercusión pública sobre las condiciones de asistencia y de vida en los hospitales psiquiátricos— para la promulgación del decreto de creación de los centros de salud mental comunitarios, la *Community Mental Health Centers Act*, de 1963, no sin grandes resistencias de las corporaciones médicas que devaluaron, en parte, la ley. El proyecto que contemplaba la norma, leída por el presidente Kennedy en el Congreso de los Estados Unidos, era constituir un programa nacional de salud mental que encarara con un nuevo enfoque el cuidado del enfermo mental; en el que los centros comunitarios de salud mental se promueven como elementos centrales de un proceso de superación de los hospitales psiquiátricos, instituciones donde, en palabras del presidente en ese mensaje a la nación: “la muerte constituía la única esperanza de liberación”²⁰.

Este es el marco donde surge la desinstitucionalización, entendida como una deshospitalización y creación de recursos en la comunidad; el marco donde surge el modelo comunitario en salud mental, que pronto encontrará su límite en Estados Unidos dada la ausencia de un sistema público de salud y prestaciones que lo facilite. La ley exigía el establecimiento de unos dos mil centros, de los que solo se hicieron seiscientos. En realidad, al poco tiempo, los nuevos centros se convirtieron en centros de crisis y en derivadores de la cronicidad a los hospitales psiquiátricos. Sin un sistema nacional de salud y ciertas prestaciones sociales, el programa comunitario del Acta Kennedy era inviable. Mas la desinstitucionalización, la reforma psiquiátrica, es ya, más allá de su pronto fracaso en Estados Unidos, una urgencia ética en el mundo occidental. El manicomio y las instituciones totales de las que hablara Goffmann en *Internados* golpean en la conciencia social de la época.

Un movimiento que, como decíamos en la presentación de este libro, irá abandonando los principios de salud pública,

²⁰ Kennedy, J. F. (1963). *Message from the President of the United States Relative to Mental Illness and Mental Retardation*, 5 de febrero, 1963. Session House of Representative. Documento N.º 58. Citado por Caplan, G. (1966). *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires: Paidós, pp. 2-4.