

temática

Clínica, reforma psiquiátrica y salud colectiva

*Manuel Desviat**

Resumen

El texto parte de la crisis actual de la atención comunitaria en salud mental, amenazada por una clínica de predominio fármaco-biológico y por la política de privatizaciones y desmantelamiento de los servicios públicos universales de los grupos financieros e instituciones que controlan la economía del mundo. A contracorriente del momento neoliberal plantea la necesidad de una nueva clínica con base en una psicopatología plural con un eje subjetivo, uno social y uno político, donde el ciudadano y el usuario dejen de ser simples testigos y se involucren en la planificación, gestión y proceso terapéutico. Una asistencia comunitaria que supere las insuficiencias y haga frente a los nuevos desafíos de la atención comunitaria: una salud mental colectiva.

Palabras clave: salud mental, clínica ampliada, reforma psiquiátrica, salud mental comunitaria, salud colectiva.

Abstract

This paper takes the current crisis of community mental health care, threatened by a clinical of drug-biological dominance and a politics of privatization and dismantling of public services from financial groups and institutions that control the world economy. Going against the neoliberal moment, in this paper, the need for a new clinic is posed, based in a plural psychopathology with a subjective, social and political axis, where the citizen and the user no longer are simple witnesses and could be involved in the

* Psiquiatra. Director de la revista *Átopos. Salud mental, comunidad y cultura* [desviatm@gmail.com].

planning, management and the therapeutic process. Community support that exceeds the inadequacies and face new challenges to community care: a collective mental health.

Key words: mental health, expanded clinic, psychiatric reform, collective mental health, community health.

La psiquiatría y la psicología clínica se encuentran en un momento de crisis, de incertidumbre tanto respecto al conocimiento como en relación con el objeto de su actividad y sus límites; una crisis a la que nos ha llevado la ausencia cada vez mayor de la psicopatología en la formación y en la propia práctica, en el haber de los profesionales, y el progresivo desconocimiento de su historia, de la historia de la construcción del discurso psiquiátrico. Una crisis que se enmarca en la crisis económica, política y de valores que atraviesa el mundo en las últimas décadas.

Todo quehacer científico o técnico se sitúa en unas coordenadas históricas y epistemológicas. Está determinado por el saber de su época. Para conocer una teoría científica es preciso frecuentar su historia, rastrear en los orígenes de sus elementos constituyentes, en el contexto donde crecieron sus descubrimientos científicos. Es preciso conocer dónde se estancaron o fueron reemplazados sus programas de investigación, dónde eclosionaron sus paradigmas, las rupturas epistemológicas que usara Kuhn para la matemática y la física y que se han generalizado para conceptualizar la evolución de buena parte de los desarrollos científicos. Verdades siempre provisionales, inconclusas; pues la razón científica, al contrario que la razón ideológica, es siempre una razón abierta.

En un pasado cercano se abrieron, desde dentro y fuera de la psiquiatría, grietas sustanciales en su edificio teórico y asistencial. Los movimientos de reforma psiquiátrica, pronunciados en el contexto de protección social que surgió tras la Segunda Guerra Mundial, modificaron la asistencia a la salud mental, con políticas de defensa

de los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental y la creación de recursos alternativos a la institucionalización manicomial.

La locura saltó los muros de los psiquiátricos y se hizo visible socialmente en buena parte del mundo. La reforma no era mera reordenación y optimización de los servicios de atención. Se convirtió desde el inicio en un proceso social complejo, que exige reconstruir saberes y técnicas, un proceso técnico-ético que origina nuevas situaciones que producen nuevos sujetos, nuevos sujetos de derecho y nuevos derechos para los sujetos. Un proceso que, de cumplir con sus principios, dinamita las bases conceptuales de la psiquiatría hecha en el adentro de los muros hospitalarios; de una psiquiatría que entroniza el signo médico y considera la enfermedad como un hecho natural, prescindiendo del sujeto y de su experiencia de vida, promoviendo una práctica trabada entre la normalización y la disciplina.

La reforma psiquiátrica rompió la hegemonía de los manicomios y de un modelo ineficiente y poco ético en la asistencia; la antipsiquiatría, los límites entre lo normal y lo patológico; el modelo comunitario, por su parte, creó la necesidad de ampliar el eje clínico a un eje social y a un eje político. Hoy la manera de afrontar la salud mental tiene que encontrar su basamento en dos pilares: por un lado, en el avance de la psicopatología y, por otro, en el desarrollo de unos servicios públicos eficientes y empoderados por la ciudadanía, donde se respeten la autonomía, la voz y los derechos de los pacientes.

En la psiquiatría biológica, el síntoma, como signo médico, define la enfermedad. Pero la psicopatología surge precisamente de la insuficiencia de los síntomas. La historia de la psicopatología es la búsqueda de sentido a los síntomas, el intento de explicar y comprender la enfermedad más allá del signo médico y de la construcción de estructuras categoriales o de la pretensión dimensional. Los síntomas cobran sentido en la biografía del sujeto. Sea cual sea la metáfora que utilicemos para dar cuenta de la enfermedad —el inconsciente y las pulsiones, los circuitos cibernéticos cognitivistas, la teoría general de los sistemas o la biología molecular— la enfermedad se integra en la experiencia humana como una realidad constituida significativamente. Cada momento histórico escenifica sus representaciones: la manera

como la enfermedad se expresa refleja la expectativa que cada sociedad tiene sobre la enfermedad y su tratamiento. El síntoma se hace enfermedad según el imaginario colectivo.

Se dice que el siglo XIX fue el siglo de la clínica –con un predominio de la psiquiatría francesa– y que en el XX se inició la psicopatología, tomando el relevo la psiquiatría alemana y posteriormente la estadounidense. No voy a detenerme ahora en señalar las distintas tendencias, escuelas, aportaciones, controversias de la historia de la psiquiatría. Tan sólo apuntar que es en el último tercio del siglo pasado, como señala Lantéri-Laura (2000), cuando se cierra el discurso psicopatológico. Cuando la psiquiatría no encuentra un nombre para designarse. ¿Ciencia en crisis utilizando los postulados que da Kuhn para la ciencia?, ¿o fin de la psiquiatría y la psicología, convertidas en neurociencias? (con un solo lenguaje, una sola ideología y una única cultura, como profetizaron Fukuyama (1992) y Huntington (1993)).¹ Burdas profecías que con la crisis financiera iniciada en 2008 cobran realidad.

Escribía, en un dossier sobre Fernando Colina, que su obra rompía con el páramo intelectual de la psiquiatría actual dominante; tanto del lado de la llamada psiquiatría biológica, como del estancamiento teórico de la salud mental comunitaria, atrapada por urgencias asistenciales y recetas rehabilitadoras (Desviat, 2014). Pues si no podemos aceptar el reduccionismo de la psiquiatría biológica, tampoco podemos quedarnos enrocados en lo biopsicosocial como doctrina, pues en sí mismo no es más que un camino, una estrategia conceptual frente a la simplificación

¹ *The End of History and the Last Man*, 1992 [<http://www.social-sciences-and-humanities.com/PDF/The-End-of-History-and-the-Last-Man-.pdf>]. Fukuyama considera que el derrumbe de la Unión Soviética y el consiguiente triunfo del liberalismo a escala mundial lleva necesariamente al fin de la Historia y, por tanto, al fin de las ideologías, pues la única ideología posible es la que dictan los mercados. Una ideología que se complementa, por aquellos días, con el fin de las civilizaciones, tesis de otro propagandista neoliberal, Samuel P. Huntington, quien plantea erradicar la diversidad cultural a nivel planetario, un etnocidio que nos lleve a una sola cultura, la estadounidense, en un mundo globalizado [<http://web.archive.org/web/20100821191056/http://history.club.fatih.edu.tr/103%20Huntington%20Clash%20of%20Civilizations%20full%20text.htm>].

órgano-farmacológica. Y ya no es posible el apaño, la cómoda tentación del todo vale. No es posible habitar en las dos alcobas, ni un tercero en la recámara. O se está con el síntoma como defensa, el delirio como intento de reconstruir un mundo que se fragmenta, o se está con la falla neurofisiológica, las conexiones cerebrales, el soporte cerebral como respuesta, el monólogo de la razón.

La corriente de “salud colectiva”, surgida de la medicina preventiva en Brasil, propugna una relectura del proceso salud-enfermedad que considere al individuo en su singularidad y subjetividad en relación con los otros y con el mundo. Pensar la salud hoy, escribe uno de sus representantes, pasa por pensar el individuo en su organización de la vida cotidiana, en su trabajo pero también en el ocio –o de su ausencia–, en el afecto, la sexualidad, las relaciones con el medio ambiente (Resende, 2007). Una clínica ampliada que tenga en cuenta tanto las determinaciones del sujeto como las de la sociedad en la que vive y que encuentre su base teórica en una psicopatología cuya condición de posibilidad sea la libertad y los derechos de los pacientes. Donde no se parta de la curación a cualquier precio. Donde la voz del paciente prevalezca. Una clínica de la dignidad.

Pero construir una nueva clínica exige romper la cerca en la que el pensamiento de la época, pragmático, mercantilista, insolidario, nos encierra. Exige volver a relacionarnos con los saberes que constituyen nuestra realidad, con la filosofía, la antropología, la literatura, con el arte; con aquello que estuvo en el origen de la psiquiatría y que hoy se ha perdido enfangado en un utilitarismo inculto, pero no inocente, pues intenta dominar el pensamiento del mundo, para procurar ganancias a unos pocos. Por ello, una nueva clínica exige una praxis que se interroge sobre la producción del saber, sobre el poder, sobre el Estado y los grupos internacionales de poder financiero.

La globalización financiera pretende una realidad única: que no haya un afuera ni científico ni cultural ni social, del ideario neocapitalista. En psiquiatría y en psicología –en salud mental– tenemos el DSM, ahora en su V versión, breviario propedéutico que impone una universalización para todos y para todo, que en nada se diferencia de una máquina expendedora de etiquetas y reponedora de medicación. Diagnósticos

con los que nos acercamos a un antiguo deseo de los fabricantes de elixires y fórmulas médicas: hacer fármacos para gente sana.

[...] el “síndrome del riesgo de psicosis”, el “trastorno mixto de ansiedad depresiva”, “el trastorno cognitivo menor”, “trastorno disfuncional del carácter con disforia”, “trastorno de hipersexualidad”.

Una globalización que fragmenta los problemas mentales hasta un sinfín de trastornos. Todos enfermos, todos trastornados, cualquier manifestación de malestar será medicalizada de por vida. Se da el salto de la prevención a la predicción. Umbrales diagnósticos más bajos para desordenes existentes y nuevos diagnósticos. La hegemonía del modelo llamado biológico sobrepasa los límites de la medicina y coloniza el sufrimiento, y la falla social lo define, lo clasifica en categorías diagnósticas y suministra respuestas. La empresa farmacéutica se encarga de ello, colonizando asociaciones de usuarios y familiares, no sólo los líderes de opinión de la psiquiatría.²

En el DSM-V las categorías se desdibujan en espectros y dimensiones. Pero no nos engañemos, detrás de la difusión de límites ya iniciada con la construcción del trastorno bipolar, en el que desaparece la melancolía y se psiquiatriza la tristeza, no hay un intento epistemológico de búsqueda, no se persigue la continuidad entre los distintos trastornos, comunicando lo patológico con lo normal, la intención es abrir el mercado a lo todavía no diagnosticable como enfermo, a supuestos signos precoces de enfermedad, a medicalizar la presunción de un trastorno futuro. El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es buena prueba.³ La medicina se ha convertido en una gran

² Una prueba de ello la tenemos en la Children and adults with attention/déficit/hiperactivity disorder (CHADD), una de las asociaciones más reconocidas a nivel mundial, que sólo en 2002 recibió medio millón de dólares de las compañías farmacéuticas. O el estudio de Essential Action, organización estadounidense que indica que por lo menos nueve entidades brasileñas de defensa de los derechos de usuarios de salud son financiadas por la empresa farmacéutica (Vasconcelos, 2010).

³ La producción de metilfenidato en Estados Unidos pasó de 1.8 toneladas en 1990 a 21 toneladas en 2002 (INCB, 2005). Las prescripciones de estimulantes en Reino Unido aumentaron de seis mil al año en 1994 a 450 mil en 2004 (NHSE, 2005).

productora de riqueza, debido a que la salud, la mente y el cuerpo se convierten en un objeto de consumo. En manos de los mercados la medicina es una herramienta de normalización. Entendiendo por normal lo que dictan los intereses del capital. Qué comer, qué vestir, qué tomar, cómo juntarnos, cómo amar. El cuerpo, en esa medicalización indefinida de la que habla Foucault, se convierte en espacio de intervención política.

La sociedad de consumo crea un conformismo generalizado y pegadizo: todos iguales. Individualidades frágiles, serializadas, carentes de verdadera diferencia u originalidad (Castoriadis, 2013). El minusválido como modelo de una ciudadanía que viene, en una sociedad donde todo parece adquirir un aspecto terapéutico y en el que la enfermedad es de nuevo una contingencia individual, un castigo de los dioses. Es lo que ha venido denunciando StopDSM, la campaña contra el DSM-V como criterio único en el diagnóstico de las sintomatologías psíquicas, avisando que nadie quedará a salvo de ser diagnosticado, sobre todo porque los nuevos clínicos estarán formateados deliberadamente en la ignorancia psicopatológica.

Esto es lo que hay ¿no hay un afuera?

El hecho es que nos encontramos, tras décadas de reformas sanitarias y sociales en un momento de involución social, en un escenario mundial donde unos pocos que controlan el capital financiero y las instituciones internacionales del dinero imponen un pensamiento acrítico, pragmático y consumista, al tiempo que desmontan las prestaciones universales sanitarias y sociales, la educación, las pensiones..., al tiempo que reforman el mercado de trabajo, precarizando los empleos.

En 1999, en el epílogo a la edición brasileña de *La reforma psiquiátrica* se señalaba que el riesgo para el desarrollo de una psiquiatría pública alternativa, así como para la salud pública en general, provenía, por un lado, de la crisis de su soporte principal –los servicios sanitarios, sociales y comunitarios del llamado Estado de bienestar– y, por otro, de la evolución fármacodependiente y rudimentariamente biológica de la psiquiatría (Desviat, 1999). Catorce

años después, lo que era un riesgo se ha convertido en realidad en buena parte del mundo, y en especial en los países de la Unión Europea, cuyas señas de identidad, forjadas tras largas luchas de los trabajadores, eran, hasta hace poco, la defensa de los derechos democráticos y el Estado de bienestar; así como una relativa independencia del conocimiento, en la enseñanza universitaria y en la investigación. En las últimas décadas, la troika (formada por la Comisión Europea, el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional) ha impuesto su visión de la realidad, con la que el capitalismo neoliberal ha conseguido el monopolio de la “verdad” tanto en la doctrina económica como en la del conocimiento. Una realidad que compromete gravemente el modelo público, universal, comunitario que caracteriza los sistemas de atención a la salud propiciados por la reforma psiquiátrica. Para el capital financiero, el funcionamiento democrático y las leyes sociales de la Unión Europea eran un obstáculo, un residuo a abatir. Frizon Rizotto desvela detalladamente en su libro *Capitalismo e saúde no Brasil nos anos 90* (2013) el chantaje financiero del Banco Mundial, su plan para deshacer un modelo de atención basado en el derecho a la salud, acceso universal, equitativo, liberando al Estado de servicios complejos y de la contratación de empleados públicos. El Sistema Único de Salud tuvo que remar a contracorriente. Y aún hoy debe sus insuficiencias y la necesidad de una reforma de la función pública a las presiones del Banco Mundial, de los mercados.⁴ Gastao Wagner de Sousa Campos señala, en el prólogo al libro de Frizon Rizotto, que lo que sucedió en Brasil en la década de 1990 es una advertencia para los europeos, “cuando empieza alcanzarles la taza envenenada que nos

⁴ De la presencia de los mercados en Brasil da cuenta el alto porcentaje de planes privados de aseguramiento médico, que en salud mental se traducen en aumento de internamientos psiquiátricos y limitaciones al resto de tratamientos para las personas aseguradas. En un estudio realizado por investigadores del Departamento de Ciencias Sociales de la Escuela Nacional de Salud Pública (Fiocruz), se evidencia la existencia de un desacuerdo entre el proceso de desinstitucionalización en curso en el Sistema Único de Salud (SUS) y la regulación implantada por la Agencia Nacional de Salud Complementaria (creada en el 2000 para regular el aseguramiento privado), en cuanto las empresas de los planes adoptan medidas que contradicen las directrices desinstitucionalizadoras y comunitarias establecidas por el SUS (Silva, 2011:4653-466).

obligaron a tragar durante años”. En realidad, es una advertencia para el mundo entero.

Una realidad que nos obliga, tanto en el plano político como en el técnico, a replantearnos unas líneas de acción, una estrategia, si queremos hacer sostenible un modelo de salud mental universal, comunitario, con una clínica que tenga en cuenta al sujeto y a la colectividad. Nos obliga a revisar los errores y las ausencias en los procesos de reforma sanitaria y psiquiátrica ¿Qué quedó en el camino?, ¿qué no se ha desarrollado suficientemente? Y la primera cuestión que surge tiene que ver con la comunidad, ¿hasta qué punto esa comunidad que adjetiva el modelo ha sido partícipe de los procesos de cambio?, ¿hasta qué punto ha hecho suyo el modelo sanitario y de salud mental comunitario? Pues si de verdad lo hubiera hecho suyo es muy posible que no hubiera sido tan fácil su desmantelamiento.

Lo cierto es que, en la mayoría de los casos, la participación ha sido escasa y poco representativa, y la involucración en la planificación, en la gestión, en los procesos asistenciales de los usuarios y de la población en general ha sido poca o inexistente. Son pocas las poblaciones que se han empoderado de la salud mental, y a nivel nacional tan sólo conozco Brasil. Esto nos ha hecho tremendamente vulnerables, facilitando la destrucción de la sanidad pública, empezando por el National Health Service (NHS) del Reino Unido, pionero en la socialización de los servicios y actualmente de los países del sur de Europa. Promover la sensibilización de la población en un modelo colectivo, tan fidelizada con los grandes hospitales y alta tecnología, para que haga suyo el modelo, es uno de los objetivos prioritarios.

Al tiempo, está la técnica, las herramientas clínicas asistenciales. La salud mental comunitaria no puede ser una simple reordenación del territorio. Decíamos antes, lo biopsicosocial por sí solo o la recuperación “normalizante” no bastan. La urgencia desinstitucionalizadora impuso ciertas prioridades, pero ahora las prioridades son otras. La rehabilitación no puede basarse en rígidos protocolos psicoeducacionales, miedosos de la libertad del enfermo, en la continua prevención de sus posibles crisis; ni la clínica gravitar entre la farmacología y el consejo. Es precisa una clínica de la escucha, que parta de técnicas demostradas, y una formación de los profesionales que la haga posible. Una terapia

siempre negociada, contractual con el paciente, donde el diagnóstico no pase de ser una pieza administrativa, que no cierre nada. Una clínica que rompa con una práctica trabada entre la normalización y la disciplina. Lo que no supone una descalificación del conocimiento biomédico, sino una re-significación que vaya más allá de la hegemonía hospital-centrista y organicista e incorpore no sólo una visión plural del conocimiento psiquiátrico psicológico, sino también los saberes del propio sujeto enfermo.

Hay otras dos cuestiones que se han perdido en el devenir de las reformas, que fueron en el origen, elementos fundamentales: la salud pública y el equipo. Todas las reformas primigenias iniciaron sus programas con principios de salud pública, desde la política de sector francesa a la psiquiatría comunitaria de Estados Unidos. El trabajo en los distintos niveles de atención, la promoción y la prevención, el diagnóstico comunitario, el riesgo y los factores de riesgo han sido abandonados o tan sólo considerados en investigaciones, sobre todo epidemiológicas. También ha sido abandonado el trabajo en equipo, aquella pieza fundamental sobre la que se tiene que *construir* la actividad comunitaria. Es desde una nueva organización de los servicios —formada por equipos que sean sujetos de una praxis, teoría y práctica, que rompa la brecha entre quienes teorizan y entre quienes trabajan con los pacientes y su entorno— como será posible elaborar una nueva teoría que sirva a una nueva práctica.

De la psiquiatría comunitaria a la salud colectiva

La salud colectiva surge, en Brasil, en el ámbito de la crisis del sistema social de la década de 1970, como ideario del Movimiento Sanitario, actor colectivo que se convierte en el principal responsable de la reforma sanitaria brasileña. En sus orígenes, realiza una incorporación crítica de elementos de producción internacional: la salud pública cubana, la medicina social inglesa, la nueva promoción de la salud canadiense, la sociología política italiana, el estructuralismo francés. Busca incorporar en el proceso de elaboración teórico la dimensión histórico-social al análisis epidemiológico y, al mismo tiempo, aportar

nuevas categorías de análisis que permitiesen el cuestionamiento de las acciones de prevención y control de las enfermedades que no tuvieran en consideración las relaciones sociales de explotación (Resende, 2007:95). Armazón teórico que fundamenta la actividad de distintos departamentos de medicina preventiva y social, sustentando la base teórica del Centro Brasileño de Estudios de la Salud (Cebes) y de la Asociación Brasileña de Salud Colectiva (Abrasco), actores principales de la Reforma Sanitaria que se inicia a finales de 1980.

Hoy, siguiendo a Carvalho (2004:96), 30 años después de sus orígenes, la salud colectiva recoge “un conjunto [...] de prácticas científicas, culturales, ideológicas, políticas y económicas” que se desarrollan en el ámbito de la academia, de las instituciones de salud, de las organizaciones de la sociedad civil y de los institutos de investigación: principios y conceptos como “la salud como derecho y deber del Estado”, “la salud como un proceso resultante de múltiples determinantes sociales”. La diferencia con otros países, donde se establecen en las décadas de 1970 y 1980 sistemas comunitarios de atención –singularmente con Canadá, país rico, democrático y con sólido sistema de protección social; en Brasil, país periférico, por aquel entonces en vías de desarrollo, con una tremenda desigualdad y grandes carencias sociales–, propició que la salud colectiva tuviera que compatibilizar principios y estrategias que procuraban crear un sistema nacional de salud con la lucha por los derechos sociales y políticos, lo que supuso que el desarrollo de la reforma sanitaria y psiquiátrica se vinculara orgánicamente con un proceso más amplio de consolidación de la ciudadanía y de implantación de políticas sociales distributivas y universales.

Sin duda, esta diferente situación de partida permitió al movimiento de salud colectiva señalar las carencias de los nuevos programas de salud pública, como la Nueva Promoción de la Salud en Canadá y la corriente de Salud de la Población, por su mirada limitada sobre lo social, donde están ausentes o en un lugar marginal conceptos como clases sociales, poder, género, modo de producción.

Condiciones sociales que influyen en el funcionamiento salud/enfermedad son tratados de manera superficial por la corriente behaviorista.

Estrategias que procuran intervenir sobre estilos de vida no deben servir de justificación para el no enfrentamiento de las causas de la inequidad en la distribución de los recursos y del poder en la sociedad [...] Siendo necesario indagar sobre el contenido de la noción de “hábitos de vida saludables”, siendo 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 por qué] en el caso de la corriente de Promoción de la Salud de la Población, no cuestiona las relaciones sociales vigentes (dominadas por la ideología neoliberal y por el modo de producción capitalista (Carvalho, 2004:151).

Por otra parte, las dos corrientes mencionadas trabajan con una concepción reduccionista del sujeto, biologicista o considerándola subjetividad conductualmente sin tener en cuenta su complejidad psicodinámica. La salud mental colectiva trabaja con una perspectiva que destaca el papel de los determinantes sociales y ambientales y planteando nuevas formas de gestión de los servicios de salud (método Paideia, Tecnologías leves, Programa de humanización, Clínica ampliada). Definiendo la salud como “un proceso/estado en el que los individuos y colectivos tienen el máximo de capacidad para vivir la vida de manera autónoma, reflexiva y solidaria”. Y la producción de salud pasa por acciones integrales que procuren prevenir, curar, rehabilitar y promover la salud individual y colectivamente.

El desarrollo de la salud mental colectiva se está dando en la atención básica brasileña, donde forma parte del ideario oficial del Sistema Único de Salud; sin tener una incidencia real aún en el campo de la salud mental, demasiado atrapado aún en los procesos de desinstitucionalización. En mi opinión, esta nueva forma de entender la organización y la clínica, es la vía para establecer una gestión colegiada en los equipos de salud, con una relación horizontal y participativa con la población a la que atienden. Puede posibilitar a los diferentes colectivos y equipos implicados en la salud mental innovaciones en las prácticas gerenciales y en las prácticas de producción de la salud, y experimentar nuevas formas de organización de los servicios y nuevos modos de producción y circulación del poder. Un camino para superar los límites actuales de los equipos de salud mental.

De la comunidad a la multitud. La ciudadanía responsable

Por otra parte, el concepto “salud mental comunitaria” es ambiguo, demasiado polisémico. Hoy la gran movilidad social, la proliferación de las redes sociales, y la fragmentación progresiva de las comunidades en falsas identidades, nos obligan a preguntarnos continuamente de qué comunidad estamos hablando. La globalización económica, social, biopolítica neocapitalista plantea la urgencia de construir nuevas formas de comunidad, que puedan dar lugar a nuevas formas de gobernanza, de gestión de lo común. Donde sea posible la apropiación por el ciudadano de la gestión de sus vidas, y por tanto de su salud.

La comunidad, como territorio, hace accesible la atención sanitaria y social tanto a los usuarios como a los equipos profesionales, pero no es sujeto de acción política, y cuando lo es lo hace reduciendo las singularidades y las diferencias de clase, al hacerse barrio o pueblo. Se transforma en una multiplicidad serializada, en términos sartrianos. Una pluralidad de soledades, de individuos y grupos aislados. Con frecuencia, artificialmente enfrentados. El desafío comunitario, ese empoderamiento que hoy está en boca de todos, sólo será posible en una sociedad que contenga las singularidades, las diferencias, lo subjetivo y lo plural, en un gobierno democrático: de todos por todos.

En la comunidad de la que hablamos no importarían tanto las agrupaciones por raza, etnia, género, oficio, como líneas de lucha colectiva. Pues es en una ciudadanía convertida en sujeto social desde donde podemos hacer frente a esta disolución de todo sentido social de la vida a la que nos arroja el actual gobierno del mundo. Disolución progresiva de lo común, que hace que el destino personal no se vincule de ninguna manera con el destino colectivo, fragmentando la sociedad y privatizando la demanda de los colectivos en provecho de la globalización económica. Una comunidad que se acercaría al concepto de multitud acuñado por Negri y Hardt, una multiplicidad social que consiga comunicarse y actuar en común conservando sus diferencias internas (2004:16-17). Una multitud donde todas las fronteras sean reconocidas, respetadas y franqueables. Sin falsas identidades societarias. Esta es la comunidad a construir si queremos hacer posible una salud colectiva.

Bibliografía

- Secretaria da Atenção à Saúde (2009), *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS*, Brasília, Ministerio da Saúde.
- Campos, G.W.S. (2005), *Saúde Paideia*, São Paulo, Hucitec.
- Desviat, M. (1999), *A reforma psiquiátrica*, Río de Janeiro, Fiocruz.
- (2014), “El delirio en la obra de Fernando Colina, o la subversión del discurso al uso”, *Análisis. Revista de psicoanálisis y cultura de Castilla León*, núm. 28.
- Castoriadis, C. (2013), *La institución imaginaria de la sociedad*, Barcelona, Tusquets.
- Frizon Rizzoto, M.L. (2013), *Capitalismo e saúde no Brasil nos anos 90*, Sao Paulo, Hucitec.
- Fukuyama, F. (1992), *El fin de la historia y el último hombre*, Barcelona.
- Hardt, M. y A. Negri (2004), *Multitud*, Barcelona, Mondadori.
- Herxheimer, A. (2003), “Relationships between the pharmaceutical industry and patients’ organisations”, *BMJ*, núm. 326, pp. 1208-1210.
- Lantéri-Laura, G. (2000), *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*, Madrid, Triacastela.
- Legido-Quigley, H., Otero, L., P.D. et al. (2013), “Will austerity cuts dismantle the Spanish healthcare system?”, *BMJ*, 346, f2363.
- Paulon, S. y R. Neves (2013), *Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado*, Porto Alegre, Sulina.
- Secretary of State for Health (1989), *Working for Patients*, Londres, HMSO.
- Silva, P.F., C.N. (2011), “Saúde mental e os Planos de Saúde no Brasil”, pp. 4653-4664.
- Smith, R. y Roberts, I. (2006), “Patient safety requires a new way to publish clinical trials”, *PLoS.Clin. Trials*, 1, e6.
- Testa, M. (1989), *Pensar en salud*, Buenos Aires, Delegación OPS en Argentina.
- Resende Carvalho, S. (2007), *Saúde colectiva e promoção da saúde*, São Paulo, Hucitec.
- Silva, P.F. (2011), “Saúde mental e os Planos de Saúde no Brasil”, *Ciencia & saúde coletiva*, 18(12).
- Vasconcelos, E.M. (2010), *Desafios políkticos da reforma psiquiátrica brasileira*, São Paulo, Hucitec.
- INCB (2005) [http://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2005/AR_05_English.pdf].
- NHSE (2005) [<http://www.england.nhs.uk/ourwork/gov/epr/>].