

Reconversión capitalista mundial en salud mental. “Clasificar” y “medicalizar”: ¿único negocio?

Hernán Scorofitz

Facultad de Psicología – Universidad de Buenos Aires

hernyescoro@hotmail.com

Resumen

La próxima aparición de la quinta edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales* (en inglés *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, comúnmente llamado por sus correspondientes iniciales *DSM*) editado –históricamente– por la American Psychiatric Association, ya ha generado el suficiente revuelo como para vislumbrar un escenario de fracturas en el amplio campo mundial del llamado ámbito de “la salud mental”.

Durante el primer semestre del año 2013, los principales foros virtuales y redes sociales vinculados con la “salud mental” se encuentran saturados de mails, comunicados y declaraciones de instituciones y personalidades denunciando casi por unanimidad el contenido estigmatizante de la nueva criatura de la psiquiatría americana.

Sin embargo, los motivos que despiertan un manantial de repudios no resultan para nada “novedosos” si nos guiamos por la tendencia histórica que se viene desarrollando en las distintas versiones de estas “sagradas escrituras” del campo diagnóstico de la psiquiatría, desde su primera edición de 1952, cuando “ofertara” oportunamente un amplio menú de 106 “trastornos”.

DSM V: Nada nuevo bajo el sol

61 años después de la primera edición, la nueva versión simplemente refuerza su espíritu a través de la ampliación en el número de clasificaciones de trastornos (particularmente a partir de proponer una suerte de “mitosis” de trastornos clasificados en la cuarta edición, donde “un” trastorno dará lugar a “dos” o más), “patologización” en rasgos de conducta y una larga lista de más “trastornos” donde el llamado umbral diagnóstico podría ampliarse como “techo” a sectores de la población contemplados antes como “sanos” o, para la ocasión, “no trastornados”.

La curva ascendente en términos cuantitativos en lo referente al incremento de las clasificaciones ya no sorprende: en 1969, el DSM II proponía alrededor de 180 trastornos, la tercera edición en 1980 aumentó a 265, catorce años más tarde la cuarta versión llegó a casi 300. Para ser fiel a su “inclinación” histórica, y no ser menos que sus predecesores, la nueva (y quinta) edición nos ofertará en breve una mayor abanico de “trastornos” (y/o “trastornados”) que hasta pone en riesgo el estudio clásico de las patologías por parte de la psiquiatría. Con un conocimiento minucioso, o al menos medianamente riguroso del nuevo y sacrosanto manual, el “arte del diagnóstico” y el “ojo clínico” (y de vez en cuando en la psiquiatría “el oído clínico”) quedaría relegado a una simple selección semiológica en un frondoso catálogo de signos y síntomas del “sufrir”.

La histórica autoridad del psiquiatra quedaría disuelta en un simple oficio de óptima percepción (generalmente visual) en un sujeto de acuerdo a su “padecer” clasificado en un manual. Como si el arte del “gourmet” pasara a ser igualado por el criterio de un buen camarero a la hora de sugerir un succulento plato al comensal.

Sin lugar a dudas, la fórmula directamente proporcional “a mayores trastornos, mayor medicalización” (y mayor facturación de los laboratorios) responde a los parámetros del llamado “mercado” de la cura... o mejor dicho, el mercado capitalista de la salud mental. Pero reducir la tasa de ganancia del gerenciamiento de la prescripción del saber frente al padecimiento subjetivo a esto sería, al menos, un enfoque ciertamente limitado y sesgado sobre otro proceso que desde hace décadas se viene desarrollando, y no justamente por los andariveles de los libros contables encofrados en las cuentas de los pulpos medicinales.

Demonizar los encumbrados manuales de psiquiatría se ha transformado en un deporte mundial en vastos sectores de las distintas disciplinas que intervienen en aquello que la Organización Mundial de la Salud, a partir de 1947 (en plena reconfiguración geopolítica mundial imperialista y stalinista), pasó a llamar “salud mental”.

Creo conveniente igualmente destacar algunas transformaciones no solamente nosológicas sino hasta epistemológicas, ideológicas y ontológicas del “Talmud” de la psiquiatría norteamericana desde sus primeras ediciones hasta la casi lista para el mercado.

“Las enfermedades mentales son como flores, flores del mal, nos dejan perplejos, en cuanto a su nacimiento, naturaleza y diversidad”... ¿Alguien podría luego de tanto despotique “antipsiquiátrico” aseverar que semejante prosa poética resultó ser el primer párrafo de la segunda edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, o “DSM II”? ¿Su autor? El eminente psiquiatra francés Henry Ey, quien intentó aportar su “dinamismo” del inconsciente freudiano al organicismo acartonado de la psiquiatría clásica. ¿El año? 1969, cuando todavía chispeaban las barricadas del mayo francés y en la Argentina el levantamiento de la clase obrera fabril junto al movimiento

estudiantil hería de muerte –por primera vez– a una retrógrada dictadura militar. Lo que luego pasó a llamarse “el Cordobazo”.

Como bien señala la psicoanalista Natacha Gordó en su artículo “DSM: Del Sujeto Mismo I.II.III.IV” del libro *La clínica en la emergencia del sujeto* (Horacio Manfredi), retomando una conferencia brindada por el destacado analista Jean Allouch en la Universidad Kennedy de Buenos Aires durante el mes de octubre del año 2005, mientras que en las primeras ediciones figuraba la noción de “Sujeto”, el “DSM IV” termina siendo un acta de defunción...para “el Sujeto”. Más aún, “...no me refiero a la terminología que es usada indistintamente en todo momento en el manual, sino a lo conceptual. A la idea de Sujeto como escindido, atravesado por la cultura, etc.”

Retomando lo que destaca Gordó en su artículo (a su vez transcribiendo literalmente pasajes enteros del DSM II), aparece en el manual un concepto vital para el psicoanálisis, absolutamente vacío de patologización alguna:

...la angustia es la característica principal de la neurosis. Se la puede sentir y expresar directamente o controlarla inconscientemente y automáticamente por mecanismos de defensa como la conversión y el desplazamiento. Generalmente estos mecanismos producen síntomas que se experimentan como malestar subjetivo del cual el paciente desea aliviarse (Manfredi, 2008: 101).

Curiosa y contradictoriamente, en esta edición la homosexualidad era concebida como un “trastorno mental”.

Angustia, defensas, condensación, desplazamiento, malestar subjetivo en lugar de trastornos, depresión, individuos... Ni el más optimista o crédulo podría creer que estas categorías alguna vez figuraron en los papiros celestiales de la psiquiatría americana.

Sería muy difícil evitar la tentación de incluir un prisma historicista a la hora de evaluar semejante contraste (terminológico, al menos) entre los “DSM”. Sin embargo, algunos autores con un recorrido no menor dejaron una marca no tan cercana a cualquier intento de caracterización “historicista” sobre algunas corrientes de “resistencia” a la psiquiatría surgidas al calor de la lucha de clases.

En *La gestión de los riesgos*, Robert Castel propone un aspecto “parcial” en términos de causalidad histórica entre los acontecimientos del mayo del 68 con el desarrollo de los movimientos antipsiquiátricos:

En general se atribuye a los acontecimientos del 68 y a sus secuelas responsabilidad de este decantamiento. Pero esto es solo exacto parcialmente, a condición que se añada que la fascinación ejercida por la psiquiatría y el frágil éxito de la antipsiquiatría han descansado sobre un cierto número de controcircuitos inesperados, que han sido fuente de otros malentendidos (Castel, 1984: 17).

Nada se pierde...todo se “transforma”. Psiquiatría “transformista”.

Ha llamado poderosamente la atención, además, el rechazo público manifestado por varios “popes” de la psiquiatría americana hacia el DSM-V, inclusive de los autores de la edición anterior. Para muchos que impulsan una nueva “antipsiquiatría” del tercer milenio, hasta ha despertado cierto entusiasmo.

El profesor emérito de la Universidad Duke, Allen Frances, uno de los “productores intelectuales” del DSM IV, dejó sentada su posición en la revista norteamericana de

divulgación psicológica *Psychology Today*: “Es el momento más triste de mis 45 años en la psiquiatría...” (Frances, 2013). En su artículo, Frances deja soslayada una “alianza” de los autores de la quinta edición con los pulpos farmacéuticos multinacionales con la intención de incrementar la cantidad de diagnósticos y la consecuente facturación de un puñado de laboratorios.

Resulta curioso (y un tanto “tardío”) el rechazo del profesor Frances. El “salto” del DSM IV al DSM V es meramente “cuantitativo”. A esta altura ni un niño inocente podría pensar que la cuarta edición de 1994 (obra cumbre del académico de Duke) fue publicada de manera absolutamente desentendida de las proyecciones astronómicas en las ganancias de las “empresas del fármaco”, de mediados de la década del noventa. En todo caso, cabría preguntarse si en esta “vuelta”, el benemérito y “emérito” profesor ha quedado fuera de algún “cabildo” entre sus antiguos socios.

El caso demuestra cómo muchas veces el “pataleo” no responde –solamente– a posiciones de tipo “principistas”, por más que los principios sean invocados, sino a cuestiones absolutamente económicas. Cualquier práctica social (como por ejemplo puede ser el acto de “medicar” o “prevenir”) ejercida desde un “saber” estará reglada por las relaciones sociales de producción imperantes en una época determinada.

La negativa a abrazar la quinta edición del DSM como feligreses al santo se extendió también al *National Institute of Mental Health* (Instituto Nacional de Salud Mental de EE.UU.) y tocó las orillas del otro lado anglosajón del Atlántico. La *British Psychology Society* (Asociación Británica de Psicología, BPS) hizo pública el último 13 de mayo una declaración donde sin titubeo alguno llama a “abandonar el modelo biomédico de enfermedad y diagnóstico” y a elaborar “un cambio de paradigma” en relación a las experiencias en que se basan en las “clasificaciones diagnósticas”. Para reforzar su planteo, afirman que “existen pruebas concluyentes de que el sufrimiento humano es el resultado de una compleja combinación de factores psicológicos y sociales” para además convocar a “estrechar la colaboración entre los usuarios de los servicios de salud y los diferentes profesionales sanitarios para elaborar un sistema que tenga en cuenta el origen biopsicosocial del sufrimiento humano”.¹

Las voces lanzadas por referentes de tamaño renombre profesional e institucional desde el pleno corazón del imperialismo anglosajón (EE.UU. e Inglaterra) contra el “modelo biomédico” han sido recibidas como una bocanada de oxígeno por varios sectores “progresistas” del llamado “campo psi”... signo casi inequívoco de un golpe mortal contra los paradigmas reaccionarios y “médicos hegemónicos” de “clasificación”, “diagnóstico” y “cura”, en presunta contraposición con el lado “social” de la “salud mental”: el problema de la “inclusión” en el “sufrimiento humano”. Ya desarrollaremos más adelante este punto.

Si bien pareciera ser algo “revolucionario” y “nuevo”, la concepción proclamada por la BPS atrasa casi 25 años en relación a las principales políticas sanitarias impulsadas por los organismos internacionales de salud.

Todo empieza por “la organización”

Ponemos arbitrariamente como ejemplo la Conferencia por la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina organizada por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud en la ciudad venezolana de Caracas a mediados de noviembre de 1990. Participaron, entre otros, fun-

cionarios del entonces gobierno de Estados Unidos junto al resto de los representantes de la mayoría de los estados latinoamericanos e importantes instituciones médicas como la Asociación Mundial de Psiquiatría, votando “por aclamación” un documento que pretendió abrir la instancia para una (global) “reestructuración de la atención psiquiátrica ligada a la Atención Primaria de la Salud...la promoción de Sistemas Locales de Salud... y modelos alternativos centrados en la comunidad y las redes sociales...la revisión del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios”.²

La “clasificación diagnóstica” atribuida a la “maldita psiquiatría” pasa a ser ahora, para las instituciones y referentes de la “salud mental” imperialista, la nueva (vemos que no tan nueva) “villana de la película” en el padecimiento subjetivo.

El interrogante pasaría a ser si semejante cambio de orientación resulta ser un paso adelante en esta “batalla cultural” contra el “poder psiquiátrico hegemónico” o una adaptación discursiva y nosológica para nuevas facturaciones en el mercado de la salud, por fuera (o complementariamente, como veremos más adelante) del acto de “clasificar” y “medicar”.

La “hegemónica” clasificación psiquiátrica nunca respondió a la de los “objetos de la ciencia” sino principalmente a los requerimientos de intervención elevados, en este caso, a la psiquiatría. La práctica psiquiátrica, como cualquier práctica social enmarcada en una disciplina profesional determinada, está “organizada por los objetivos que pretende lograr, objetivos que no pueden definirse sino en un marco ideológico, de opciones a tomar, de elecciones personales que vehiculizan mandatos sociales. Esta situación es válida para todas las especialidades médicas por igual” (Braunstein, 1980: 44). En esta perspectiva, el acto de curar

...no es un objetivo científico sino una tarea práctica que responde a demandas concretas y que puede implementarse teniendo o no conocimiento científico para ello...el agravante en el caso de la especialidad psiquiátrica es que si bien, y con dificultades, pueden definirse normatividades biológicas en función de la adaptabilidad a modificaciones ambientales, tales definiciones son siempre peligrosas y portadoras de valoraciones sospechosas de colusión con el poder en el caso del funcionamiento personal y social (ídem).

Por último, destaco las palabras del autor, cuando afirma casi a modo de cierre que

... debe entenderse que cada una de estas funciones cumplidas hoy en día por la práctica psiquiátrica merced a servicios prestados por la clasificación depende a su vez de una *determinación más general que procede del conjunto de la práctica social, telón de fondo de la economía política*, sobre el que habrá de leerse y entenderse la actividad de la ‘medicina de almas’ en cada momento de la historia (ídem, *itálicas nuestras*).

Por el momento, elijo hacer caso omiso sobre la demonización ciertamente “salvaje” del “diagnóstico” en la práctica clínica, especialmente para quiénes desde el psicoanálisis en la clínica del día a día escuchamos (además de “ver”) a un Sujeto desde su singularidad y su estructura subjetiva padecer su *inevitable malestar en la cultura*, por fuera de cualquier atisbo patologizante. El diagnóstico para el psicoanálisis de las estructuras freudianas queda absolutamente “despatologizado”. Pero eso es otro tema.

Más vale prevenir (y “ajustar”) que curar

Como señalamos arriba, algunos “capitostes” de la psiquiatría americana y de la BPS, como Cristóbal Colón en 1492, creen fallidamente haber “descubierto las Indias” (y no América), o deciden subirse tardíamente a las carabelas que navegan las aguas a “media velocidad”, sin haber arribado a “tierra firme”. Vamos a tomar nuevamente el “telón de fondo” de las prácticas que nos propone Braunstein: *la economía política*.

Volvemos a la Declaración de Caracas de 1990 como punto de partida de una serie de encuentros internacionales de estados nucleados por la Organización Mundial de la Salud para impulsar políticas de “transformación” en el campo de la “salud mental”, donde la “práctica psiquiátrica” (y los llamados “modelos hospitalocéntricos monovalentes”) son llamados a dejar paso a los modelos de “atención primaria de la salud”, “prevención” y “gestión comunitaria” en los ansiados “sistemas locales de salud” (SILOS).

A nadie (o a muy pocos) de los que veneran las “nuevas prácticas” como modelo “progresista” a la “reaccionaria psiquiatría medicalizadora” se le ocurre interrogarse por qué desde Caracas hasta la fecha, los documentos son suscriptos (y en muchos casos aprobados “por aclamación”) por los principales estados imperialistas. De hecho, la Declaración de Caracas fue firmada por los funcionarios menemistas representantes de la Argentina, sus pares de la mayoría de los países latinoamericanos gobernados en ese entonces por el llamado “neoliberalismo”, y hasta por el gobierno de George Bush (padre), quien dos meses después a alinearse en Caracas a las “políticas comunitarias en salud mental”, bombardearía decididamente la Irak de Saddam Hussein en la operación “Tormenta del Desierto”. Quizás las ansias y el entusiasmo de un nuevo “discurso amo” habrá llevado a pensar a más de uno que el imperialismo se habría trocado en un bloque “progresista”, o al menos ser gestor de “políticas populares” en “salud mental”.

Así, la tendencia a la “autogestión comunitaria” como “prevención” en el padecimiento subjetivo de los “usuarios” ha pasado a convivir como línea estratégica en “salud mental” con la todavía poderosa industria farmacéutica. El “telón de fondo” ha pasado a ser que los mismos Estados que *fogonean* estas “transformaciones” en los diversos encuentros internacionales convocados por la Organización Mundial de la Salud financian a su vez a muchos de las corporaciones farmacéuticas con subsidios y leyes de patentes.

La antinomia pasa a estar expresada en términos de “prácticas” y/o “discursos” (“modelo psiquiátrico hegemónico” versus “modelo descentralizado y comunitario”) pasando por alto las determinaciones sociales e históricas (o las propias relaciones sociales de producción) que atraviesan las llamadas “prácticas en salud mental”. Omisión para nada casual que plantea, o bien una reconversión capitalista presentada como “reforma psiquiátrica”, o bien una disputa de sectores en un mismo campo social dominante, donde todavía prevalecen “los clásicos” y el tren que partió de Caracas en 1990 no ha logrado –por el momento– llegar a la “estación terminal”. O bien, ambos fenómenos desarrollándose en simultáneo y contradictoriamente. Insistimos, economía política como telón de fondo.

Es con esta escenografía que pareciera ser más comprensible la incorporación de algunos “nuevos pasajeros” (que poco a poco aparentemente se bajan de los “trenes médicos hegemónicos”), como el caso del profesor Frances y la BPS. Si algo caracteriza las crisis históricas del régimen capitalista en sus casi 250 años de historia son los realineamientos políticos al propio interior de la clase dominante (y su manifestación particular

en los campos de saberes), y por sobre todas las cosas, la adaptación y apropiación de “formas discursivas” provenientes de presuntas visiones reformistas, de acuerdo a lo que los tiempos históricos reclaman.

¿“Autogestión comunitarista” o gestión capitalista?

El comienzo del nuevo milenio demostró claramente el rotundo fracaso en el cumplimiento del objetivo “Salud para Todos en el año 2000” declarado como meta estratégica en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma Ata realizada en Kazajistán en el mes de septiembre de 1978 y organizada por la Organización Mundial de la Salud.

De por sí podría haber resultado un tanto risueño mantener alguna aspiración vinculada con alguna reivindicación de las mayorías populares en una conferencia donde el principal documento resultó suscripto por los principales estados imperialistas y por sobre todas las cosas por países “en desarrollo”, muchos de los cuales permanecían bajo sangrientas dictaduras militares que también terminaron participando de la conferencia. ¿Ejemplos? No hace falta ir “muy lejos”: la República Argentina del recientemente extinto genocida Jorge Rafael Videla.

Si bien el “mundo sanitarista” casi al unísono optó por ofrecer como balance del fracaso el problema del “voluntarismo” (o “falta de voluntad”) de los estados presuntamente “no consecuentes” con el compromiso establecido en 1978, algunos de los surcos estratégicos trazados en Alma Ata quedarían impregnados en los posteriores documentos establecidos por la Organización Mundial de la Salud.

La Atención Primaria de la Salud como “asistencia Sanitaria basada en tecnologías sencillas...a un costo aceptable por la comunidad”,³ el fomento del “grado máximo de auto-responsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles”⁴ más la participación en la APS de “agencias multilaterales como bilaterales, organizaciones no gubernamentales, agencias de financiamiento”⁵ pasará a instalarse como el nuevo “discurso (no médico) hegemónico”, en lo que se refiere a los escritos y recetas de la OMS. Ni “clasificación”, ni “diagnóstico” ni “medicación” ni “modelo hospitalocéntrico neuropsiquiátrico”... ahora es tiempo de “autogestión”, “recursos locales” de, y en... “la comunidad”.

El *Informe sobre la Salud en el Mundo 2001* de la OMS, titulado “Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas”, aportará un manto de claridad en relación a las pretensiones del “qué hacer” de los estados, principalmente en todo lo referido al (auto) sostenimiento de los recursos para los abordajes preventivos y tratamientos comunitarios. El comienzo propone como objetivo primordial “Dispensar tratamiento en la atención primaria”.⁶ Su punto 3, “Prestar asistencia en la comunidad”, expone la esencia de la reconversión propuesta:

...el traspaso de los pacientes de hospitales psiquiátricos a la asistencia comunitaria es económicamente eficiente y respeta los derechos humanos. Por lo tanto, se deben suministrar servicios de salud mental en la comunidad, utilizando para ello todos los recursos disponibles...los grandes hospitales psiquiátricos custodiales deben ser sustituidos por centros de atención comunitaria respaldados por camas psiquiátricas en los hospitales generales y apoyo a la asistencia domiciliaria...Este traspaso a la atención comunitaria requiere la existencia de personal sanitario y servicios de rehabilitación a nivel comunitario, junto con la provisión de apoyo para situaciones de crisis, viviendas protegidas y

empleo protegido.⁷

A esta altura la pregunta es sobre qué base material y financiera se apoyará esta “transformación”. El capítulo 4 del Informe, titulado “Políticas y prestación de servicios de salud mental” nos acercará a la respuesta. Su apartado “Sistema de salud y formas de financiamiento”, casi al comienzo, sincera la tendencia que se viene desarrollando en los “países desarrollados”, donde

...durante los últimos treinta años, los sistemas de salud han evolucionado desde un sistema sumamente centralizado hacia uno descentralizado en el que la responsabilidad de la aplicación de políticas y prestación de servicios se han transferido de estructuras centrales a estructuras locales. Ese proceso ha influido también en la configuración adoptada por los sistemas en muchos países en desarrollo. La descentralización presenta por regla general dos características principales: las reformas orientadas a la contención de costos y el aumento de la eficiencia, cuestión que se examina en la presente sección, y el recurso a contratos con proveedores de servicios privados y públicos...⁸

Ya podemos comprender un poco mejor a qué se llamó “utilizar todos los recursos disponibles de la comunidad”. Quien se había ilusionado con ideales “autogestivos” heredados de distintas experiencias históricas de las clases más plebeyas o con experiencias “locales” al estilo zapatista en Chiapas para la atención primaria de la salud (pero gestionados por “la comunidad”...de la OMS) atraviesa el peligro de caer en un cuadro grave de frustración. O no.

Al avanzar en la lectura del documento, el riesgo para los “ilusionados” se agrava; en el mismo apartado, la propuesta es que *“la población sana debe ayudar a costear los gastos de la población enferma... un sistema de financiamiento puede ser adecuado a este respecto para muchos servicios, y aun así no transferir recursos de los sanos a los enfermos”*.⁹ Cada vez más claro y transparente.

El culto a “la comunidad” crece, a medida que también crecen las recetas capitalistas con tinte “comunitarista” en el Informe. En el apartado “Integración de la atención de salud mental en los servicios de salud generales” se proponen medidas casi como una “oferta de temporada” para cualquier gobierno y estado que se valga de “ajustador”:

...para los administradores, las ventajas incluyen el hecho de compartir la misma infraestructura, lo que permite hacer economías por aumento de la eficiencia, la posibilidad de ofrecer una cobertura universal para la atención de salud mental, y el uso de recursos comunitarios que pueden compensar en parte la limitada disponibilidad de personal de salud mental” Pocos párrafos abajo, la definición es contundente: “...Aunque conviene maximizar la eficiencia al asignar los recursos, los gobiernos tendrán que sacrificar parte de ella para poder dedicar también parte de los recursos a fomentar la equidad.”¹⁰

“Financiamiento de sanos a enfermos”... “recursos comunitarios por personal de salud mental”...“equidad” (en lugar del principio de “gratuidad” y “universalidad”). Una receta digna de envidia para cualquiera de los gobiernos “neoliberales”. Lo grave no resulta que los tecnócratas de la OMS no hayan reparado en el detalle de que “los sanos” que financien a “los enfermos” en nombre de la “equidad” pueden encontrarse entre la misma clase explotada. Tampoco hubiéramos pretendido que adviertan que suplantar “personal” por “recursos comunitarios” es un canto a la tercerización “paraestatal” en el sistema público de salud. Lo casi escandaloso es que la inmensa mayoría del “progresismo psi”, lejos de elevar el grito en el cielo, permanece estupefacto y fascinado frente a estos documentos plagados de términos “políticamente correctos” para un sector de la “intelligentsia” con pasado “izquierdista”. Las intenciones de reconversión parecen ser por demás honestas y transparentes.

El bandolerismo de la OMS, que elige apropiarse de las categorías y significantes importados de las llamadas corrientes “psi social comunitarias” para empujar el carro en pleno proceso de reconversión capitalista de la salud, ya viene marcando cierto rumbo. Por si alguien tenía alguna duda frente a lo que podría ser una visión intrigante y paranoide de un “ultraizquierdista ultimatista y trasnochado”, un año más tarde, el Documento de la OMS del año 2002 donde presenta en sociedad su Plan de Acción Mundial, reivindica al cierre a sus “asociados que comprendan en toda su dimensión las repercusiones que tiene la carga de los trastornos mentales”.¹¹ ¿A quiénes se refiere?: al “Banco Mundial, sector privado, grupos de consumidores, familiares y profesionales, otras ONGs interesadas, fundaciones, representantes gubernamentales de estados miembros donantes y beneficiarios” (sic). Sin palabras.

Muchos de estos “asociados comprensivos” ya vienen gestionando los llamados “dispositivos alternativos” al modelo “hospitalocéntrico”, particularmente en los países “en desarrollo” y de acuerdo a las leyes de salud mental que se vienen sancionando de acuerdo a los parámetros de la OMS (tan festejadas por el progresismo).

El desaguisado “humanista” de la “gestión comunitaria” a través del “voluntariado” (muchas veces llevado a cabo por organizaciones oficialistas del gobierno de turno y referentes territoriales) en nombre de los “enfoques comunitarios” (y en reemplazo de personal profesional del sector público estatal, tal como lo reclama la OMS) junto a la apología de “lo local”, fue duramente criticado por Robert Castel en el libro que referimos líneas arriba, casi tres décadas atrás:

...el desprecio de las abstracciones de la «vieja» política induce una forma sutil de psicologismo por la cual el sujeto se ha convertido en el último objetivo legítimo de un proceso de transformación completamente banalizado que se jacta todavía, no se sabe bien porqué, de las virtudes del progresismo. La desconfianza respecto de los poderes centrales, de las organizaciones estructuradas, desemboca en la apología de la sociabilidad convivencial en la que los problemas de la vida cotidiana se autogestionen en un marco asociacionista que hace de los militantes reconvertidos, los herederos de las viejas damas de la beneficencia (Castel, 1984).

Sin ánimo de desilusiones, si alguien creía que “la batalla cultural” en “la comunidad” estaba a punto de ser ganada contra la “medicalización” compulsivas y los monopolios de los laboratorios, bajo el ala de la atención primaria de la salud que la OMS viene *agitando*, también queda expuesto nuevamente al riesgo de otra sustancial frustración y decepción.

Luego de tanto “acompañamiento comunitario” para “prevenir” (sin medicar), el año 2009 encontraría a la propia OMS lanzando su curioso manual *Pharmacological treatment of mental disorders in primary health care* (en español, *Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la Atención Primaria de Salud*). Dos años más tarde, aparecería también publicado por la OMS su maravillosa *Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada*. ¿Quiénes aparecen en sus primeras páginas en la columna de “Apoyo Financiero” dentro del apartado de “Agradecimientos”? Aquí van algunos actores de “renombre” caracterizados por su especial interés en los problemas sanitarios de las masas desposeídas: la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, el Gobierno de Italia (en ese entonces, encabezado por el magnate Silvio Berlusconi), la Fundación Rockefeller y Syngenta. Esta última firma de origen suizo es uno de los mayores productores de pesticidas, a su vez socio comercial del Laboratorio Novartis, uno de los principales pulpos farmacéuticos a nivel mundial. Dime quién te financia, y te diré a dónde quieres ir...

Queda demostrado cómo pueden convivir bajo dos senderos en paralelo los “abordajes comunitarios” junto a la “medicalización” tan condenada. La orientación social “a doble banda” no da lugar a dudas. Llegando a este punto, el aumento de patologizaciones del flamante DSM V pasa a ser una “canción de cuna”.

“Desmanicomialización” imperialista: La segunda muerte de Basaglia

No vamos a entrar en ninguna polémica sobre el balance histórico de la experiencia de Franco Basaglia en las décadas del 60 y 70 en Gorizia, Trieste y los alcances de la Ley 180 (“Ley Basaglia”) de 1978 hasta ahora. Personalmente, me permito discrepar con lo que considero ciertamente una visión etiológica de tipo “reduccionista” en relación a “la locura”, focalizada casi con exclusividad en la reproducción del clásico manicomio como vínculo “de poder” del médico sobre el paciente psiquiátrico internado. Sin embargo, Basaglia le dedicó gran parte de su obra literaria a aclarar que la “institución manicomial” reproducía la estructura de dominación de una sociedad de clases.

Mi experiencia clínica hospitalaria desde una perspectiva psicoanalítica me obliga a moverme en un amperímetro más amplio a través del concepto de estructuras freudianas (legado de Jacques Lacan) como “diagnóstico”, no patologizante, inclusive en las llamadas psicosis.

Pienso a Basaglia como un “optimista” sobre las causas que enferman en *El malestar en la cultura*. Sin embargo, rescato su audacia en su empresa “desmanicomializadora” y sobre todos sus principios ideológicos indivorciables de su tarea.

Como convencido marxista y militante del Partido Comunista italiano (muy resistido por los sectores más stalinistas), “curiosamente” Basaglia y su obra terminan siendo también un “apartado destacado” en el Informe del 2001 de la OMS que detallamos líneas arriba ¹²

Al igual que con las llamadas corrientes “social comunitarias”, asistimos a un nuevo acto de “arrebato” por parte del imperialismo sanitario de la OMS sobre el paradigma de Basaglia, reciclado por las recetas “progresistas” con fines absolutamente privatistas. El psicoanálisis también puede dar cuenta de ello en algunos momentos de su historia, principalmente en la década del 40 y 50 (no casualmente en los Estados Unidos a través de la *Ego Psychology*) y en la actualidad, por qué no, ante tanta proliferación de “psicoanálisis aplicado” en tantos ámbitos “de poder”.

No tardó mucho el legado de Basaglia en terminar fagocitado por la Organización Mundial de la Salud. En ocasión del Encuentro Internacional realizado en el mes de febrero del año 2010, organizado por el Departamento de Salud Mental de esa ciudad italiana (epicentro por excelencia de la experiencia de Basaglia), el documento “Trieste 2010: ¿Qué es la Salud Mental? Hacia una red global de salud de la comunidad” oportunamente declaró casi como “alerta” los embates de la crisis capitalista mundial en las reformas oportunamente desarrolladas por la Ley 180 impulsada por el movimiento encabezado por Basaglia.

En Italia, tras el cierre de los manicomios, y sobre todo en la última década, las nuevas formas de daño y el abandono han vuelto a aparecer no solo en los hospitales, clínicas y residencias para pacientes crónicos, sino también en los servicios comunitarios. Estas instituciones reproducen, aunque en diferentes formas, la deshumanización de los hospitales psiquiátricos... En la hospitalización generalizada de la atención psiquiátrica, que ha tenido lugar en todo el mundo, el eje de atención

basado en la custodia de control se ha desplazado parcialmente desde el hospital a la comunidad...

Cabe también a manera de evitar cualquier exitismo sobre la experiencia “desmanicomializadora” en Trieste (en principio por respeto al propio Basaglia) citar a Pasquale Evaristo, psiquiatra italiano de larga trayectoria en el propio Departamento de Salud Mental de Trieste:

Tenemos lugares que continúan desarrollando la ley 180, pero bajo el desafío con los límites económicos, y otras regiones, por ejemplo del norte, que actúan medicalizando los servicios hospitalarios y comunitarios y privatizando estructuras de rehabilitación. También Trieste está adentro de este contexto económico y político”.¹³

Otra vez la “economía política” como “telón de fondo” en el debate sobre “abordajes”, “disciplinas”, “prácticas” y “discursos” en “salud mental”. A la hora de “soluciones”, el Encuentro de Trieste de Febrero de 2010 no ahorra las mismas recetas vertidas por la Organización Mundial de la Salud que se vienen describiendo en este artículo.

En esa perspectiva no tardarían muchos meses para un nuevo “matrimonio”. Con fecha 2 de septiembre del mismo 2010, “la Organización Mundial de la Salud ha confirmado al Departamento de Salud Mental ASS N. 1 de Trieste como Centro Colaborador para los siguientes temas: apoyo y programación en los diferentes países en los caminos de la desinstitucionalización y el desarrollo de servicios de salud mental integrados en la comunidad”.

El legado de Basaglia es condenado a la cooptación de la gestión capitalista de la OMS en el presente cuadro de reconversión. Creemos que no quedan dudas sobre qué significan “desinstitucionalización” o “servicios de salud mental integrados en la comunidad” en el libreto de “la Organización”. Bastaría con preguntarle a la Fundación Rockefeller (financista de la OMS) y su red de ONGs (las nuevas “perlas” en APS) sobre los alcances de la “desinstitucionalización” y la “red comunitaria”.

El propio Basaglia manifestó sus propias dudas en relación al devenir de su reforma por fuera de una perspectiva ciertamente “optimista” en el desenvolvimiento de la lucha de clases. En el Instituto Siedes Sapientae de San Pablo (Brasil), en ocasión de la conferencia del 18 de Junio de 1979 (un año después de la sanción de la Ley 180), destacó:

Los grandes movimientos de estos últimos veinte años fueron: la revuelta de los estudiantes, las grandes huelgas obreras que hicieron suyas algunas de las luchas de los estudiantes, la lucha en las instituciones psiquiátricas y finalmente, uno de los más importantes, la lucha de los movimientos comunistas. Este momento hizo tener esperanzas en que el mundo pudiera cambiar. Hubo ilusiones, pero también una serie de certezas. Hemos visto, por ejemplo, que cuando el movimiento obrero toma en sus manos luchas reivindicativas, de liberación, antiinstitucionales, esta ilusión se vuelve realidad (Basaglia, 2008: 27).

La “ilusión” confesada por Basaglia en 1979 durante sus conferencias en San Pablo se vuelve una realidad póstuma y a la vez siniestra. No hay margen de dudas que su lucha desmanicomializadora intentó inscribirse en la lucha general por el socialismo encabezada por la clase obrera. Hoy, sus “sucesores” en Trieste ya han iniciado el camino de reconvertir su reforma en el programa “desinstitucionalizador”...del Banco Mundial. Lejos, muy lejos, de los “movimientos comunistas” y el “movimiento obrero” que Basaglia resaltara como pilares de su reforma.

“Inclusión”: El “nuevo” relato en “salud mental”

El próximo Congreso Internacional de Salud Mental (organizado por la Federación Mundial de Salud Mental y la OMS) realizado durante los últimos días de agosto de 2013 en Buenos Aires lleva un título al menos curioso (o a esta altura no tanto): “Interdisciplina e inclusión social como ejes de intervención”.

La propuesta de “inclusión social” como “eje de intervención” en el encabezado de un Congreso conviviendo con la principal imagen de difusión del Congreso —una postal de la zona más emblemática de Puerto Madero, el barrio más pudiente y exclusivo de toda la Ciudad de Buenos Aires, símbolo de la década “neoliberal” de los noventa— puede parecer un chiste de mal gusto, un “descuido” desafortunado sino un “acto fallido” por una curiosa vía imaginaria. Obviaremos mayores comentarios.

Acabadas las “clasificaciones”, “diagnósticos” y “prácticas clínicas”, las soluciones al problema del padecimiento subjetivo y “la locura” empiezan a vislumbrarse por las “batallas culturales”, la “no segregación”, la “asistencia social” y “la inclusión”. En muchas oportunidades estas “salidas” son proclamadas por personajes que sostienen gobiernos y estados que no se caracterizan justamente por una gran “inclusión”, aunque sí con “políticas sociales” y “asistenciales”(istas), muchas veces del mismo molde de “que la población sana financie a la población enferma”. Curiosa interpretación de la “redistribución del ingreso”.

Ni DSM V, ni patologizaciones, ni diagnósticos, ni estigmatizaciones, ni medicalizaciones, ni discriminaciones. Junto con el clásico negocio farmacéutico de la “medicalización”, observamos una marcha a paso redoblado de la mano de las políticas “comunitaristas” y “solidarias” de la OMS, que nos convoca a “incluir” al “sufriente” y al “loco” en “la comunidad”, en una “sociedad” donde el lugar vacante que lo espera alojar, por fuera de cualquier “institución cerrada”, no es un dechado de virtudes en lo que respecta a alguna, aunque sea, igualdad parcialmente formal.

Sobre el problema de “la inclusión” (en la sociedad o comunidad capitalista), Basaglia también fue tajante:

Cuando un interno sale y vuelve a la vida social, se crea una nueva contradicción que tiende a mandarlo nuevamente al manicomio. En ese momento es importante que pueda nacer en la comunidad una toma de conciencia y también es fundamental que yo como técnico no esté del lado de la clase dirigente sino que esté directamente ligado a la clase que sufre esas contradicciones (2008: 29)

A la hora de pretender enumerar los principales problemas en el padecimiento subjetivo y humano de la época, agudizados por una crisis capitalista sin precedentes y frente a tanta apología del “imperialismo sanitario” sobre la “DES” (manicomialización, institucionalización, centralización) y la “INTER” (disciplinas, sectorialidad), cada cual, cada quien, cada “yo como técnico” en el campo de la “salud mental”, desde una ética y una práctica, debería saber dónde pararse. Así como “el camino al infierno está plagado de buenas intenciones”, el paraíso de la “salud mental” está plagado de impostores, al menos, intelectuales.

Notas

- ¹ British Psychological Society's Division of Clinical Psychology (DCP) 13/05/13
- ² Declaración de Caracas OPS/OMS Reestructuración de la Atención Psiquiátrica 14/11/90 Punto 1
- ³ Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma Ata 1978 Punto VI
- ⁴ Idem Punto VII
- ⁵ Idem Punto X
- ⁶ Informe sobre la Salud En el Mundo 2001 OMS *Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*, P. xi
- ⁷ Idem P xii
- ⁸ Idem P. 78
- ⁹ Idem
- ¹⁰ Idem P. 93
- ¹¹ Documento OMS 2002 *Cerremos la brecha, mejoremos la atención* P. 23
- ¹² Informe OMS 2001 Recuadro 4.4 Reforma de la Salud Mental en Italia, P.86
- ¹³ Pasquale Evaristo, La Reforma psiquiátrica hoy día en Trieste e Italia Conferencia Invitada a XXVIII Jornadas de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría (AEN), Córdoba, 4-6 noviembre 2010

Referencias

- Basaglia, Franco (2008) *La condena de ser loco y pobre. Alternativas al manicomio*. Topia Editorial, Buenos Aires.
- Braunstein, Néstor (1980) *Psiquiatría, Teoría del Sujeto, Psicoanálisis (Hacia Lacan)*, Siglo XXI Editores.
- Castel, Robert (1984) *La Gestión de los Riesgos*, Editorial Anagrama, Barcelona, 1984.
- Frances, Allen (2013) "DSM5 in Distress: The DSM's impact on mental health practice and research", *Psychology Today*, 2013.
- Manfredi, Horacio (2008) *La Clínica en la Emergencia del Sujeto*, JCE Ediciones.