



Apreniendo psiquiatría comunitaria. Entrevista al Dr. Manuel Desviat

Ander Retolaza, Iñaki Markez

Manuel Desviat, psiquiatra, es uno de los líderes de los procesos de la Reforma Psiquiátrica. Desde la Asociación Española de Psiquiatría, desde los diferentes proyectos editoriales —libros y revistas— que ha impulsado y, en el día a día, desde la atención a la salud mental en el Hospital Psiquiátrico de Leganés —hoy Instituto de Servicios de Salud Mental José Germain— y el sur metropolitano de Madrid. Consultor de la OMS, ha sido presidente de la AEN y ha formado parte de la Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría. Integrado en numerosos grupos de expertos, sus múltiples iniciativas e ideas innovadoras en torno a la psiquiatría comunitaria han hecho que fuera un adelantado en muchas ocasiones a pesar del débil apoyo institucional.

Pregunta: *Algunos sabemos como te iniciaste en la psiquiatría, conocemos algunos de tus referentes tras muchos encuentros en las dos últimas décadas, quizá más tiempo... pero ¿podrías situarnos qué ilustres de la psiquiatría determinaron los primeros pasos del joven Desviat?*

Respuesta: Mis maestros están más en los libros, en los pacientes y en mis propios compañeros, como ha sido una constante en mi generación, que la dictadura franquista dejó sin maestros. De estudiante leí y conocí a los dos únicos psiquiatras que en su exilio interior enlazaban con la generación republicana, que junto con la figura de Luis Martín Santos, apuntalaron en mí una decisión tomada antes de iniciar los estudios de medicina, pues mi interés por la psiquiatría fue la razón de hacerme

médico. Influyeron, la lectura de Freud, de Wilhelm Reich, del freudomarxismo de la Escuela de Francfort; una idea humanista, sin duda romántica de la psiquiatría en un momento iniciático de la lucha política, el movimiento estudiantil de los años sesenta, en un tiempo de lucha por las libertades. Me hice psiquiatra en las Clínicas de Ibiza, el antiguo Hospital Provincial de Madrid, el Francisco Franco, con el *Tratado* de Enry Ey, la *Encyclopédie Médico-Chirurgicale* y los casi obligatorios Jaspers y Schneider como fundamento para la clínica, al tiempo que metido en las turbulencias profesionales del momento: la Coordinadora de psiquiatría, la Plataforma de los trabajadores de salud mental, las Comisiones Cívicas del PCE, los grupos autonomistas (fui coautor de un librito marxista *Por la autonomía de los trabajadores*, publicado en Castellote). Sin duda,



este compromiso hizo que me inclinara por una psiquiatría que se miraba en las experiencias de salud mental del Chile de Allende, los centros comunitarios norteamericanos y la lucha antiinstitucional italiana (aún guardo la cinta de una entrevista grabada en mi casa, en la semiclandestinidad de 1972, con Franco Basaglia). Esa primera atracción por la clínica psicoanalítica, que tenía una expresión asistencial en la psicoterapia institucional, estaba en España, por entonces, en manos de terapeutas mediocres y conservadores. Requería una práctica privada y la ética de lo público exigía de la exclusividad. De la antipsiquiatría, me interesó la inglesa, en especial Laing. Pero en España no eran posibles, en la práctica, las vanguardias, más allá de las vanguardias políticas. Una práctica pública, que unía la lucha por la transformación de la psiquiatría con la lucha por las libertades. Y que nos llevó a muchos, en los años setenta, a expedientes y despidos.

P: Llegaste a ser director de la revista de la AEN en 1980 hasta 1986 y presidente de esta Asociación en los años 1993 a 1997 con una intensa actividad, invitando y entrevistando a participantes, hurgando y analizando todo tipo de documentos...

R: Entré en la Junta directiva de la AEN en 1977, en Sevilla, cuando ganó la candidatura renovadora, como vocal, encargándome de la Comisión de Asistencia. La revista y las publicaciones de la AEN nacieron tras el primer congreso de la nueva asociación, que se hizo en Madrid en 1980, del que fui Coordinador. La idea era hacer una revista que posibilitará el debate entre las distintas escuelas y orientaciones, y permitiese recoger el movimiento asistencial, los procesos de transformación que se estaban dando en el país, y no un simple órgano de expresión de la asociación (para eso se reservaron unas páginas diferenciadas que dependían directamente de la Secretaría General). No queríamos encorsetar el debate ni siquiera con las presiones inherentes a toda asociación. La asociación tenía que conseguir

una presencia técnica, profesional, sin dejar de estar presente en la movilización asistencial. Los títulos de los primeros números son elocuentes: Artículos en portada en el número 0: "Justificación de Edipo" (Víctor Gómez Pin); "Entrevista con Faustino Cordon"; "En torno a la diferencia de sexos" (Francisco Pereña); "Tácticas para realizar juegos sin fin" (Carmen Rojero y Teresa Suárez); "Acerca de la supervisión: entrevista con Carlos Sopena"; "El síntoma



Iñaki Markez, Manuel Desviat y Ander Retolaza, en las XXII Jornadas de la AEN. Girona, 2008.

psicosomático en el niño" (José Luis Pedreira y Federico Menéndez Osorio). A estas páginas, se añadía una sección de rescate de textos clásicos que iniciamos con un texto de Pierre Janet "L'automatisme psychologique"; una sección con informes, debates asistenciales, reflexiones sobre la marcha del proceso de reforma, decretos, leyes, denuncias ("Ingresos en el Hospital Psiquiátrico de Madrid y sus motivaciones"; "Características del enfermo psiquiátrico con internamiento judicial"; "El papel del auxiliar psiquiátrico dentro de la transformación de la asistencia psiquiátrica"; "Acuerdos del V Congreso sobre la organización de los auxiliares psiquiátricos"). Había un desafío técnico y un desafío de estrategias, de proyecto asistencial. La revista debía servir para la construcción de un discurso teórico propio, de la AEN, del sector progresista de la salud mental, y de una estrategia para el cambio de la asistencia. Un discurso y una estrategia que van a influir decisivamente en la reforma psiquiátrica española. Mantener una presencia profesional y



pública fue también la preocupación principal de la Junta Directiva que luego presidí, rompiendo barreras en lo interdisciplinario e intentado consolidar el peso de las asociaciones autonómicas y el modelo asistencial. Recuerdo que conseguimos meter en el Catalogo de Prestaciones Sanitarias las psicoterapias, que habían sido excluidas.

P: *Además de la Revista de la AEN, te has involucrado en otras actividades editoriales...*

R: A finales de los ochenta, cuando preparaba la ponencia de *Epistemología y práctica psiquiátrica*, y andando todo el día de bibliotecas públicas y fotocopias buscando clásicos, pensé que era más eficaz reeditar y traducir los clásicos, y después de convencer a un editor y un distribuidor, surgió Nieva (luego Dor) y sus Colección Clásicos de la Psiquiatría, con Pinel, Kraepelin, Esquirol, Falret, Maudsley... Una colección que alcanzó 18 volúmenes (también se publicaron traducciones de libros de atención comunitaria como el de Golberg y Huxley, de psicoterapia breve, de Davanloo o la *Invencción de las enfermedades mentales* de José María Alvarez (que acaba de reeditar Gredos). En verdad, mi pasión por los clásicos se inició en los primeros setenta, en el Sanatorio Psiquiátrico del PANAP Conde de Romanones (Alcohe-te). Morales Belda, su director, consiguió una importante cantidad de dinero, con el que pude saquear la librería Fuentetaja e iniciar una biblioteca para el sanatorio. Como en todos los manicomios, sobre todo en las guardias, había mucho tiempo para leer.

Con la revista *Psiquiatría Pública* se hizo una especie de "entrismo". Utilizar los medios que usa tradicionalmente la otra psiquiatría, el modelo biomédico y sus normas para hacer una revista distinta, donde cupiera la diversidad, la psiquiatría pública, comunitaria. Una revista que salía seis veces al año, con absoluta regularidad, y difundía más de 4000 ejemplares entre España y America latina, gracias a la publicidad farmacéutica. Que llegó a dar un premio del

millón de pesetas en 1992 en un concurso internacional. Con un equipo de redacción de clara vocación pública, Alberto Fernández Liria, Paco Chicharro, Fernando Colina, Mariano Hernández Les, Josefina Más, y más de un centenar de colaboradores nacionales e internacionales. Duró 12 años. Entrando en este siglo, oscuros intereses boicotearon la publicidad y la revista no pudo salir.

P: *Y más recientemente la revista Átopos...*

R: Es la respuesta, desprendida de toda atadura, tanto de normas como de agencias publicitarias. Lo que limita su tirada y su periodicidad, pero deja un gran margen de libertad.

P: *El término "psiquiatría comunitaria" ahora mismo parece un tanto trasnochado. Según tu opinión. Actualmente ¿Cuál es el "estado de salud" de la Psiquiatría Comunitaria? Aceptando que se trata de una vertiente más de la salud pública y su adecuada organización asistencial ¿No sería mejor llamarla Psiquiatría Pública, simplemente? ¿O para ti se trata de dos cosas distintas?*

R: Efectivamente, recuerdo algún escrito antiguo donde utilizo el término psiquiatría pública por psiquiatría comunitaria; por la ambigüedad del término, que al menos en nuestro país, puede llegar a no decir nada. Su generalización alcanza a definir cualquier actividad profesional con tal que se realice fuera de los hospitales psiquiátricos o de las unidades de psiquiatría de los hospitales generales. El título de la revista *Psiquiatría Pública* surge precisamente cuando buscaba un término que vinculara la psiquiatría a la Salud Pública. En la última edición de Sinopsis de Psiquiatría de Kaplan y Sadock, manual universal de la psiquiatría actual, llegan a utilizar como sinónimos los términos psiquiatría pública y psiquiatría comunitaria, claro que en EEUU lo público equivale a atención a pobres, a la beneficencia. Por otra parte, hoy, en este tiempo pleno de susceptibilidades gremiales, podría parecer que la expre-



sión *psiquiatría pública* deja fuera a otros profesionales de la salud mental. Posiblemente tendríamos que ir hacia salud mental pública, o bien a otros términos, como el de *salud mental colectiva*, que se está utilizando en Brasil. Lo que si es necesario es recalcar lo que entendemos por atención comunitaria. Señalar su dónde (el territorio, la comunidad), pero sobre todo su cómo, sus exigencias. Los principios de salud pública, para qué podamos hablar de psiquiatría comunitaria, de salud mental. Un modelo que había que reformular en términos de salud pública; asumiendo principios de salud pública no siempre presentes en nuestra práctica, como la unidad de los niveles de intervención, desde la prevención a la rehabilitación; el trabajo con agentes de salud, poblacionales... ese es el debate, junto con una nueva psicopatología que contemple la autonomía del paciente, el cuidado del sujeto. Hemos integrado, o estamos integrando, la psiquiatría en la sanidad general. Ahora se trataría de integrar la sanidad, toda la asistencia sanitaria, en la salud pública. Por mucho que las circunstancias políticas y económicas no sean en absoluto favorables como señaló en un artículo que se publica en este mismo número de Norte.

P: *¿Cómo valoras el estado actual del Psicoanálisis? Aquí, en España y también en el ámbito internacional. Parece que entre los sectores más jóvenes de quienes intervienen en el campo de la salud mental hay menos "vocaciones" que se acogen a la psicoterapia y el psicoanálisis, y sin embargo el grado de productividad de las corrientes psicoanalistas es grande. ¿Es esto una paradoja?*

R: Desde los noventa del pasado siglo vivimos en la edad del cerebro. No nos puede extrañar que las jóvenes generaciones de profesionales de la salud mental se alejen de la psicopatología, de la psicoterapia, de la escucha del paciente, cuando buena parte de los procesos de la psiquiatría (los empleadores de los profesionales en ciernes) reducen ésta al DSM y a la prescripción farmacológica. Cuando la

industria farmacéutica financia la formación, los congresos, los ensayos. Hay en la psiquiatría biológica cierta renuncia a la indagación psicopatológica; miedo a la incertidumbre, a la confrontación con distintas verdades, a la escucha del sujeto. Se quieren verdades, hechos empíricos, datos que reducen el discurso, la clínica; niegan la interpretación. El psicoanálisis permite indagar sobre la subjetividad del sujeto, se pregunta sobre el sentido, abre la clínica a la trastienda del ser humano y a una antropología del saber. Pero, para esa psiquiatría de los datos, ¿cómo matematizar el sueño de Irma? Y sobre todo, ¿qué fármaco aplicarle a Irma? El problema del psicoanálisis no son los autores originales, con gran capacidad de producción, y muchas veces originalidad, son las fotocopias, la repetición de una jerga hueca en unas escuelas que se escinden continuamente, en un contexto privado que les obliga a la competencia. Francia, el último reducto a escala nacional del psicoanálisis, se plateaba hace unos pocos años la regulación pública de las terapias en una propuesta legislativa, la enmienda Accoyer para garantizar unos requisitos a su práctica.

Por otra parte, la producción teórica en nuestro país se produce alejada de la práctica, de la práctica pública; de nuevo se produce esa escisión de la que hablara Jaspers, psiquiatra de la universidad, psiquiatra del manicomio. Ahora la psiquiatría pública ha sustituido al manicomio por unas consultas con una demanda difícil de atender, unas urgencias y unas unidades hospitalarias saturadas. En la Universidad o en el Centro de Investigación se produce, se investiga, pero lo que se produce y se investiga tiene que ver poco con la realidad, hay dos lenguajes. Sucede como con los pacientes de los ensayos clínicos de los nuevos fármacos, que luego no se encuentran en la práctica diaria.

La empresa farmacéutica y el monólogo de la psiquiatría biológica dejan poco espacio para la psicopatología. Esto explica la pérdida de peso en la formación de especialistas del psicoanálisis, el que no encuentren un hueco en el



espacio público. Pero también las peleas sectarias en las que se desangran.

P: *Mientras las posiciones diferenciadas y las divergencias entre psicoanalistas crecen por doquier resulta que tú, más pragmático, te dedicaste y sigues invirtiendo tus energías en formar profesionales en gestión clínica, en recursos comunitarios e —incluso— has editado varios libros centrados en la psiquiatría comunitaria. ¿Cómo ves a día de hoy tu trayectoria profesional (y personal) en este orden de cosas?*

R: Es cierto que desde hace mucho tiempo, desde 1984, prácticamente, aunque nunca he dejado de ver enfermos, ni de estar envuelto en la clínica, he dedicado mi tiempo, básicamente a la gestión de servicios, a la gestión clínica, a la organización y dirección de redes, y al asesoramiento sobre estos temas como consultor de OPS/OMS. Por ahí he encaminado, preferentemente mi actividad docente. O me la ha encaminado la demanda. Pero siempre he procurado que la formación que se daba en los servicios que ha dirigida se preocupara de la clínica, que los residentes tuvieran una formación en psicopatología, y en las distintas escuelas, y una mirada abierta a otras disciplinas. Un amigo me decía hace poco que había un *estilo Leganés* en los profesionales allí formados. Quizás ese sea mi mayor satisfacción, en ese balance personal que me pedís, el saber que hay varias generaciones de psiquiatras, de psicólogos, de enfermeras...y otros profesionales que se reconocen en el modelo de *Leganés*; que hay experiencias en otros países que también reconocen su deuda con el Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental José Germain. Nuestro cese ha servido para *sentir* que *Leganés* importaba, que nuestro trabajo de tantos años era reconocido. Sin este apoyo, quizás los *represaliados*, como yo nos llamo, es probable que nos hubiéramos hundido. Mi mayor insatisfacción, el posible derrumbe, aunque sea parcial, de la red. La intención de los nuevos responsables asistenciales no es

otra que ocupar en el puesto y harán lo que les pida el poder político.

P: *La medicalización de la práctica en la salud mental o, mejor, la hegemonía de los psicofármacos está siendo determinante en esta época. El positivismo y el empirismo que la APA plasma en los sucesivos DSM, tomados como catecismo de los profesionales, está favoreciendo también un mayor “biologismo” entre los psiquiatras, mientras que, curiosamente, en atención primaria cada vez hay más profesionales que están psicologizando su práctica. ¿Qué opinas al respecto?*

R: Creo que hay una psiquiatrización de la sociedad. En las sociedades ricas, como ya es la nuestra, la insatisfacción ciudadana, el malestar del ciudadano le lleva a buscar soluciones en las recetas psi, y de forma masiva en los psicofármacos. El ciudadano de hoy del primer mundo tolera mal la frustración, y se le ofrecen remedios prêt à porter, rápidos, sin esfuerzo, sin hurgar en las emociones. Por otra parte, el Estado favorece este imaginario social psiquiatrizando la falla social: violadores, psicópatas, maltratadores..., psiquiatrizando el mal, como diría Guillermo Rendueles. Así se exculpa, elude toda responsabilidad: es un problema médico que deberá encontrar una solución médica (entendiendo además que el trastorno o la enfermedad es algo que acaece por razones individuales ya sean genéticas o de conducta). En cuanto a Atención Primaria, sin duda el pilar fundamental de la reforma del sistema de salud español, lleva años en una importante crisis por el incremento de la demanda, la baja laboral como medio de protesta, de huelga, hecho cuerpo el malestar, he ahí las fibromialgias y no sé cuantos malestares de la existencia hechos enfermedad, nuevos cuadros conversivos de una sociedad que se establece sobre la insatisfacción generalizada. Una insatisfacción que pretende satisfacerse con el consumo. Consumo de médico de atención primaria, cirugía, consumo de psicólogo/psiquiatra, consumo de



sectas, chamanes... Crisis de la atención primaria por esta demanda proteica e inabarcable, pero también por el abandono, en muchas comunidades, del modelo. De nuevo se privilegian los hospitales, se alzan puentes entre la atención especializada y la atención primaria. Se rompe o ignora el área sanitaria. La urgencia revienta por las listas de espera de las consultas de especializada. La atención primaria no puede ejercerse con la presión asistencial actual, sin más recursos, sin más personal.

P: *Hay autores que insisten en el error de considerar al enfermo mental como persona irresponsable ¿Qué opinas de la responsabilidad pública de los pacientes mentales respecto de sus actos? ¿Deben responder, por ejemplo, penalmente si llega el caso? ¿Cuáles serían los límites de esta responsabilidad?*

R: Es un tema complejo que tanto la psiquiatría, la medicina forense, como la judicatura resuelve de una forma simple. Se tiende a considerar a todo paciente con una psicosis grave, con una esquizofrenia, por ejemplo, como irresponsable. Esto es olvidar o ignorar que todo acto de un psicótico no es obligatoriamente psicótico ni todo acto psicótico es un acto enajenado judicialmente. La consideración de la responsabilidad no se debería hacer sobre un estatuto de enfermo, sino sobre una situación acotada en el tiempo; no se es inimputable por ser un loco sino por estar en el momento de los hechos enajenado. Y sobre todo: se puede ser esquizofrénico y criminal, como se puede ser esquizofrénico y rico, o blanco o negro, o payo o gitano. Por otra parte, y ya desde un aspecto clínico, se plantea otro problema, ¿cómo tratar a un paciente sin que asuma cierto grado de responsabilidad en el tratamiento y en su conducta? No está claro que la inimputabilidad absoluta sea la mejor de las respuestas. No está comprobado que sea mejor en todos los casos el ingreso en un hospital que el internamiento en una cárcel.

P: *Tras los procesos de reforma asistencial en los años 80, seguro que entonces imaginabais ilusionados un panorama asistencial esperanzador como resultado final del camino. Casi treinta años después, ¿Qué valoración haces de lo conseguido? ¿Qué ha merecido la pena y qué no se ha alcanzado?*

R: La reforma psiquiátrica española fue un pacto en un escenario internacional ya lleno de nubarrones. La psiquiatría conservadora que provenía de la dictadura no se desmanteló, quedó enrocada en la universidad y en los servicios de psiquiatría de los hospitales generales. El cuestionamiento del Estado de bienestar y de los sistemas garantistas universales de salud empieza en los ochenta, y La Ley General de Sanidad es de 1986. Las amenazas estaban ya. Tacher, Reagan, el Banco Mundial. Con esto quiero decir que la expectativa, siendo alta, no estaba exenta de advertencias. Con todo, el movimiento sanitario y de salud mental que se hizo en el tardo franquismo y la transición consiguió darle un vuelco a la sanidad del país y sacarla del atraso a que le había llevado la dictadura. La reforma que impulsó la Ley General de Sanidad ha conseguido crear un Sistema Público de Salud y un subsistema de salud mental modélico en muchos aspectos, otra cuestión son sus insuficiencias que están llevando a grandes desigualdades entre comunidades; y su politización, la no existencia de un pacto de Estado que garantice su sostenibilidad más allá de los intereses electorales o partidistas. Insuficiencias que en salud mental nos hablan de carencias sobre todo en los recursos de rehabilitación y residenciales, allí dónde es más necesaria la cohesión social, y allí donde son los programas son más vulnerables a los vientos privatizadores que nos invaden. Pero, ¿otra reforma hubiera sido posible? Seguramente sí, en el terreno de lo cuantitativo. Ir más allá en el modelo significa un cambio de sociedad. Si se trataba, como en el eslogan de los movimientos de los mentaleros brasileños de cambiar la vida, no solo no se ha hecho, sino que la socie-



dad europea, y con ella España, se ha vuelto en este tiempo más individualista, insolidaria y socialmente regresiva.

P: *Obviamente se ha diluido aquel tipo de objetivos y el entusiasmo asociado a ellos. A falta de esto y con la alta competitividad laboral existente ¿Cómo crees que puede eso incidir sobre el sentimiento de pertenencia e identidad de los nuevos profesionales?*

R: La identidad te da una pertenencia, a una comunidad, a una escuela, a un grupo social. Se constituye como una necesidad de reconocimiento, afirma una diferencia, unos valores, un proyecto. El problema surge cuando la identidad se repliega sobre sí misma, se hace única, algo cerrado, sectario, que se suma, a otra serie de identidades. El modelo biomédico es lineal, responde a una simplificación. En ocasiones es una forma de integrista. ¿Es esta la opción que tienen los nuevos profesionales? No parece que la mayoría de los nuevos residentes en psiquiatría, en psicología, en enfermería psiquiátrica, ni otras profesionales de la salud mental, estén en la idea de buscar otras alternativas. No existen las inquietudes de cambio, de buscar otra sanidad y otra sociedad que tenía mi generación, el grupo generacional que se hizo en los años sesenta y ochenta. No solo por la competitividad laboral. Las generaciones pasadas lo tuvieron más difícil en cuanto al trabajo, no había los recursos, faltaban plazas de psiquiatras. Ahora faltan psiquiatras. Quienes se mueven vocacionalmente en el ámbito comunitario son una minoría. Además, la representación social del médico ha perdido el sentido de excelencia que se le atribuía —y otras profesiones con menos peso o identidad social han sido arrastradas por esta devaluación de la consideración del médico—, y los nuevos residentes, de psicología, de psiquiatría, por lo general no parecen que contemplan un ideal a alcanzar profesionalmente. ¿Es suficiente con ser médico o psicólogo? ¿O el proyecto se inscribe en la ganancia?

P: *¿Cómo ves el paradigma de la Medicina basada en la evidencia? Y —en consecuencia— ¿Qué opinas de la Psiquiatría basada en evidencias (o mejor dicho en pruebas)? ¿Crees que es posible hacer ciencia desde los condicionantes actuales de la práctica psiquiátrica o psicológica?*

R: La Medicina basada en la evidencia es una teoría cargada, donde se tiende a ver lo que se quiere ver. En el caso de la salud mental, es una propuesta instrumentalizada por una psiquiatría que pretende reducir la clínica a las neurociencias, con el apoyo de la empresa farmacéutica. Una propuesta de la que si hay una evidencia es su ineludible y descarado conflicto de intereses con la buena práctica clínica. De todas formas, ha sido un intento fallido, al menos en los presupuestos de su inicio, cuando el grupo capitaneado por Sackett, anunciaban haber encontrado la panacea, nuevo paradigma revolucionario que daba cuenta de toda la realidad de la práctica psiquiátrica y dejaba resuelto para siempre el viejo debate, entre hechos y valores. En mi opinión, pocos defienden hoy los dogmas iniciales de la MBE. Hay un amplio consenso, entre los investigadores libres de intereses, en la necesidad de utilizar en las ciencias de la salud tanto enfoques cuantitativos como cualitativos. Aunque el término evidencia, con ese mimetismo tan al uso, ha invadido todo discurso científico, profesional, político y divulgativo.

¿Me preguntáis por hacer ciencia? ¿Por la posibilidad de hacer ciencia, o mejor dicho investigar en psiquiatría y psicología? Hoy ciencia es la física, la genética, la biología molecular; esto es lo que se financia, basta ver quienes dirigen organismos como el CSIC o la deriva del Instituto Carlos III (con la Escuela Nacional incluida) al recién creado ministerio de Ciencia e Innovación. Esto es lo que financia el Estado y lo que financian las empresas farmacéuticas y Fundaciones de Investigación. Queda poco espacio para otro tipo de investigaciones. El clí-



nico, además, no tiene ni financiación ni tiempo. Su labor investigadora es poco reconocida, a no ser que se mueva en los ensayos farmacéuticos. ¿Qué decir de la prevención? ¿De la investigación social de las enfermedades?

P: *En relación con otro aspecto en boga actualmente ¿Cuáles es tu posición respecto a los desarrollos de la Bioética aplicada a la psiquiatría? Considerando los contextos actuales de trabajo en psiquiatría y salud mental ¿De qué tipo de ética estamos hablando según tu opinión?*

R: Hablar de ética, es hablar de respeto, de dignidad, de autonomía. De libertad. Solo se puede montar una ética desde el respeto a las diferencias, a la diversidad, desde la aceptación del otro y sus valores, partiendo del consenso social no de la excelencia de uno u otro oficio. En sanidad, hay una relación de agencia que convierte al facultativo, al enfermero, al profesional sanitario en el experto, en el que sabe, y genera una indefensión importante en el que acude con sus dolencias. La ética que predomina es una ética defensiva que está representada en el consentimiento informado: que no es una información para que el paciente decida, sino una salvaguarda ante las posibles responsabilidades legales de toda intervención sanitaria. Uno de los problemas que emergen ahora tras la desinstitucionalización, en los procesos de reforma psiquiátrica, es precisamente ese paternalismo en muchos de los sistemas y en la mentalidad de muchos de los profesionales, aunque entre los que trabajan en recursos comunitarios. Hay una excesiva tutela en los programas de rehabilitación, que en mi opinión hay que evitar. Por eso es tan importante la noción de recovery, de recuperación, y de empoderamiento. La terapia, el tratamiento, en cualquiera de sus niveles, es un proceso que debe abrir espacios de negociación con el paciente, con la familia, con el entorno y con los servicios que se ocupan del paciente.

Por otra parte, tiene razón Thomas Szasz cuando señala que la principal decisión ética para el médico —y para todos los profesionales de la sanidad— es elegir el tipo de sanidad en que prefiere trabajar. La opción pública o privada y la defensa de un modelo (más conservador) u otro (más abierto y comunitario). Siempre que puedan elegir, claro.

P: *Ya hemos hablado de ello antes. Pero ahora te pedimos una respuesta breve. En la página web de OME–AEN planteamos la pregunta. “¿Tiene sentido en el siglo XXI defender el modelo asistencial comunitario en salud mental?” ¿Cómo responderías tú y por qué?*

R: Creo que hay que mantener el modelo comunitario allí donde se pueda, aunque no sea el modelo hegemónico. Por otra parte, si vemos la evolución del modelo comunitario podemos comprobar que hay países muy desarrollados, y con el mercado como fundamento de su sistema económico, que mantienen un sistema comunitario de salud mental como política de Estado, como Canadá y particularmente Quebec; y se alza con fuerza en algunos países en vías de desarrollo, como Brasil. Hay quien dice que la tendencia neoliberal de la globalización neocon puede estar entrando en su final (la crisis de las hipotecas, del capital riesgo, de las medidas de no regulación financiera propugnadas por el Banco Mundial..., están ahí, y pueden señalar una crisis de un modelo de crecimiento). Sin ver hoy por hoy una alternativa socializadora global creo que es posible una vuelta a la consideración, por parte de los gobiernos, de los sistemas que protegen algunos derechos básicos, como la sanidad y las prestaciones sociales, como medio de garantizar un crecimiento económico más sostenible socialmente. Al menos esa debe ser la batalla de la izquierda, y sus organizaciones, de la ciudadanía en general. La seducción por la privatización se puede frenar, como ha sucedido en otros países, ante la realidad de unos servicios más



caros e ineficaces, siempre que la población tome conciencia de ello.

P: *Otros temas, también “comunitarios”, como la cuestión de las drogas, la violencia, la inmigración, las guerras, la marginalidad en general, no aparecen tanto entre tus trabajos y dedicaciones. Pudiera parecer que lo que se relaciona más con aspectos de la llamada psiquiatría social —más allá de la enfermedad mental— no estaba en tu agenda. ¿O no es así?*

R: No es fácil para mí separar la exclusión, la violencia y las catástrofes de la enfermedad o de los problemas de salud mental. Más allá de algún viaje a zonas de conflicto con alguna ONG, mi colaboración es estos aspectos ha sido como consultor temporal de OMS/OPS, que prioriza estas cuestiones en las agendas de colaboración. Con OPS en América latina, adquirí un compromiso que ha llegado a dos o tres viajes de varias semanas al año, trabajando con poblaciones donde impera la violencia, las drogas y la marginación. Pero es verdad que mis publicaciones que tratan de la guerra, o la tortura, o ese cuarto mundo que crece y crece en las ciudades del mundo rico, se encuentran más en medios no psiquiátricos. Más de divulgación.

Respecto a las drogas, en Leganés se creó uno de los primeros programas de atención a las toxicomanías, allá por finales de los 70 del pasado siglo; un programa de atención ambulatoria, que fue desmontado cuando la Comunidad pasó a servicios sociales la atención a las toxicomanías. Una separación que ha sido un gran error. La falta de coordinación ha supuesto retraso en adoptar medidas necesarias. Por ejemplo, cuando la irrupción del SIDA, desde la Consejería de Sanidad se intentó retomar en parte el tema, y Pedro Sabando, entonces consejero, me encargó un informe que realicé visitando los recursos de Ámsterdam y otros lugares, para intentar introducir medidas preventivas, que entonces fueron rechazadas por la

Consejería de Servicios Sociales y tardaron bastantes años en imponerse.

P: *Tras la batalla habida en el Hospital Severo Ochoa con el asunto de las sedaciones terminales, recientemente, los responsables sanitarios de la Comunidad de Madrid parecen haber decidido terminar con la experiencia de psiquiatría comunitaria en Leganés. Para muchos de nosotros la estructura de servicios en red conectada con el Instituto de Psiquiatría José Germain, aunque también sea una experiencia colectiva, está muy ligada a tu persona, dada tu gran significación como líder y gestor en todo el proceso habido durante estos años. ¿Qué opinas de lo que está ocurriendo? ¿Podrá salvarse algo de lo realizado?*

R: De momento la red se está fragmentando. La comisión de asistencia, formada por todos los responsables de los servicios de salud mental del Área, ya no se reúne. Era el lugar de consenso y dirección asistencial desde hace 22 años. Ningún programa se puso en funcionamiento sin pasar previamente por esta comisión. El debate ha cesado. Hay miedo a hablar. Cada unidad va por su lado. Hay un movimiento de repliegue en cada unidad, en cada estamento. Afloran posiciones defensivas frente a los pacientes. Se ha incrementado las contenciones mecánicas, por ejemplo. Pero el mayor problema, para mí, no es este. Pueden cesar las personas, el gerente, la dirección médica y, sin embargo, el daño ya está hecho. El daño es grande, porque ha roto la continuidad, se ha quebrado la sostenibilidad del proyecto al decapitar al grupo de personas que lo pilotaba. No ha sido mi defenestración lo más importante, sino impedir la continuidad del proyecto eliminado a quienes podían liderarlo en el futuro. Las personas que se han hecho con la dirección no tienen ni autoridad técnica ni moral, ni interés alguno en sostener el proyecto. Un proyecto a contracorriente, que exige mucho de quienes lo lideren.



P: *Si no es abusar (y si estás dispuesto a darla) te pedimos también una valoración política sobre el mismo asunto. No parece casual que estas agresiones se produzcan en el territorio de Madrid Sur, que es una zona obrera (y hasta hace poco al menos) con conciencia de clase social dentro de la Comunidad de Madrid. ¿Crees que Esperanza Aguirre y sus acólitos neocon quieren hacer un escarmiento? ¿Han decidido dar un aviso a navegantes sobre lo que les espera a quienes se opongan a sus designios privatizadores? ¿Cómo es posible que no se haya producido una mayor resistencia de los sectores populares que son los que más salen perdiendo con todo esto? ¿Ves aún posible una recuperación?*

R: Está claro que el sur metropolitano, en específicamente el Área 9, representaba una apuesta por lo público, por una atención que se miraba en los principios de la Ley General de Sanidad, tanto en la atención primaria, como en la atención especializada, como en la conciencia ciudadana, como bien se puede comprobar por la importancia de sus consejos de salud municipales. El Severo Ochoa era uno de los pocos hospitales públicos donde se hacían IVES, donde tanto los ginecólogos como los psiquiatras del área colaboraban en cumplir la ley de interrupción voluntaria del embarazo desde lo público, donde se contemplaban los paliativos desde una dimensión técnica y humana, sin falsos fundamentalismos religiosos, donde la salud mental había cerrado el manicomio y practicaba una atención comunitaria en contacto con el resto de las estructuras sanitarias y sociales y organizaciones de familiares y usuarios y ciudadanas. Sin duda, un bastión de lo público del que se sentían orgullosos los ciudadanos. Y de hecho si hubo resistencia popular. La agresión sufrida en la urgencia, primero, al cesar al Dr. Luis Montes, y luego por los distintos servicios, donde fueron cesados, por falta de confianza política, los principales jefes es un proceso que dura desde abril de 2005, y que ha movilizado a toda la población de Leganés. El conflicto de

salud mental se enlaza con éste último, todos los que hemos sido cesados, habíamos participado en el apoyo a los compañeros de la urgencia, habíamos hecho nuestra la protesta, porque era nuestra. Ha habido movilizaciones, manifestaciones de las asociaciones ciudadanas, de los sindicatos, acuerdos de las Juntas municipales y de los Consejos de Salud, en relación a los ceses en salud mental, pero se han visto tapados a nivel nacional por la actualización del tema de las sedaciones, por el escándalo de ignorar y despreciar la Consejería el fallo judicial que daba la razón a Luis Montes y su equipo. La repercusión a escala nacional del tema de los paliativos ha sido, es, lógicamente enorme. La salud mental, los servicios de salud mental, recibieron un gran apoyo de la población, donde se encuentran inmersos; pero la repercusión mediática fue muy pobre, fuera de los medios locales.

En cualquier caso, la persecución ideológica y el integrismo religioso no lo explican todo. En el trasfondo hay una intencionalidad: desmontar lo público. El PP de Madrid ensaya una sanidad de gestión privada, de Estado neoliberal; en mi opinión sin tapujos.

P: *Para finalizar, y teniendo mucho que agradecer por parte de los profesionales de nuestra generación en lo que respecta a las opciones formativas que posibilitaste, ¿Qué les dirías (o aconsejarías) a las generaciones más jóvenes que se acercan al mundo de la salud mental?*

R: Algo breve y conciso: no se puede saber medicina sin saber qué es un hombre, una persona, con palabras tomadas de los tratados hipocráticos.

