



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva
Brasil

Desviat, Manuel

Panorama internacional de la reforma psiquiátrica

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 16, núm. 12, 2011, pp. 4615-4621

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63020981010>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



Panorama internacional de la reforma psiquiátrica

International overview of psychiatric reform

Manuel Desviat ¹

Abstract *There has been an increased incidence of mental health problems around the world while psychiatry is experiencing a crisis that concerns its own identity and the definition of the scope of its work. After more than half a century of deinstitutionalized community policies, neoliberal globalization is leading to changes that undermine public attention on mental health, particularly of the disorders that require greater social attention. There have been changes in the responsibility of the state and changes in the type of demand and in the way of understanding disease and its treatment. At the time, compared to the medicalization of society that mediates the expression of needs in health, user movements are beginning to emerge demanding autonomy, full citizenship, empowerment, recovery and advocacy.*

Key words *Mental health in the world, Psychiatric reform, Community mental health, Service management, Demand*

Resumen *Los problemas de salud mental aumentan su incidencia en todo el mundo mientras la psiquiatría atraviesa una crisis que afecta a su propia identidad y a la delimitación del objeto de su trabajo. Después de más de medio siglo de una política desinstitucionalizadora y comunitaria, la globalización neoliberal está llevando a cambios que socavan la atención pública en salud mental, en especial de los trastornos que demandan mayor atención social. Cambios en la responsabilidad del Estado y cambios en el tipo de demanda y en la forma de entender la enfermedad y su tratamiento. Al tiempo, frente a la medicalización de la sociedad que mediatiza la expresión de las necesidades en salud, empiezan a surgir movimientos de usuarios que reclaman autonomía, plena ciudadanía, empoderamiento, recuperación y “abogacía”.*

Palabras clave *Salud mental en el mundo, Reforma psiquiátrica, Salud mental comunitaria, Gestión de los servicios, Demanda*

¹ Servicios de Salud Mental,
Hospital Universitario La
Paz. C. Maudes 32. 28002
Madrid España.
desviatm@gmail.com

Panorama internacional de la reforma psiquiátrica

... las 220 personas más ricas del mundo acumulan la misma renta que el 45% de la población mundial". Vicenç Navarro¹

El triunfo de Obama abrió grandes expectativas de cambio en el mundo, más aún cuando el fracaso de la desregulación de los mercados mostró la falacia social de las políticas neoliberales. Con el rescate de los bancos por el dinero público, por los Estados, se entendía obligado el control del capital financiero, cuyos desmanes habían llevado a la crisis. El derrumbe financiero cuestionaba el ideario neoconservador que, desde finales de los ochenta del pasado siglo, estaba llevando las políticas sociales a la privatización. En sanidad, la apuesta de Obama por un sistema público de salud, abría posibilidades de cambios en la estrategia global del capital. El éxito o el fracaso del control del mercado por los gobiernos, al igual que de la reforma sanitaria en EEUU iban a condicionar el futuro de las políticas sociales en todo el mundo. Y sin embargo, la reforma sanitaria encalló en EEUU, una vez más. Y la crisis apuntaló la política neoliberal, su voracidad privatizadora, el desmontaje del estado del bienestar, y, consecuentemente, las desigualdades sociales en todo el mundo (al trasladar los costes de la crisis a los sectores sociales más débiles: recortes de derechos y del gasto público, reformas del mercado de trabajo y de los sistemas públicos de pensiones).

Este es el escenario del que partimos al tratar de escribir sobre la situación de la salud mental en el mundo. El mundo de hoy en el que no hay un afuera de las leyes del mercado y la democracia deficitaria. Un escenario poblado de factores adversos para la salud mental. Esa otra democracia, la de la multitud, tal como la imaginan Hardt y Negri², es tan solo un deseo en busca de futuro. Sin poder olvidar que la salud no solo es esencial para el bienestar individual, sino que también lo es para el crecimiento económico y la reducción de la pobreza en los países.

Epidemiología y recursos

Las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud³⁻⁵ nos alertan de la magnitud epidemiológica de los trastornos de salud mental; una de cada cuatro personas – el 25% de la población mundial –, sufre en algún momento de su vida al menos un trastorno mental. Actualmente hay 450

millones de personas con trastornos mentales en países tanto desarrollados como en desarrollo. Los problemas de salud mental constituyen cinco de las diez principales causas de discapacidad en todo el mundo, lo que supone casi un tercio del total de la discapacidad mundial. Los trastornos con mayor peso son la depresión, el abuso de sustancias, la esquizofrenia y la demencia, enfermedades que representan una carga -medida de años de vida perdidos por discapacidad- superior al cáncer y a las enfermedades cardiovasculares. Hay un progresivo incremento de las tasas de suicidio (que representa el 1,5% del conjunto de la mortalidad mundial) y cientos de millones de personas atrapados en el alcoholismo -se calcula que las enfermedades relacionadas con el alcohol afectan del 5 % al 10% de la población mundial- o por las otras adicciones, que implican una fuente principal de morbilidad y uno de los mayores negocios criminales del mundo. Trastornos que son solo la punta de un iceberg, la morbilidad y la mortalidad detectada. Y que se considera va a crecer en nuestro siglo (*Salud Mental en el Mundo*⁶ (Washington, OPS/OMS, 1997), gracias al aumento de los factores adversos, de las circunstancias que hacen vulnerables a grandes sectores de la población mundial (la existencia entre un 20 y un 75 por ciento de mujeres víctimas de la violencia familiar, el aumento del maltrato y el abuso a los niños, mediante la explotación sexual, la esclavitud laboral y el abandono, tan frecuente en muchas partes del mundo; la existencia de millones de refugiados, de gentes desplazadas por conflictos bélicos o persecuciones políticas; limpieza étnica y violaciones masivas de los derechos humanos que se producen en todo el mundo). La calidad del medio social en que se desenvuelve la persona está íntimamente ligada al riesgo de que esta llegue a padecer una enfermedad mental y a la probabilidad de que la enfermedad se vuelva crónica. La esquizofrenia no es una "enfermedad social" y, sin embargo, los factores sociales y culturales influyen poderosamente en su evolución y en las probabilidades de recuperación. Las pérdidas significativas, los traumas sufridos en la niñez y aquellos vividos por personas relativamente indefensas, juegan un papel predominante en la incidencia y prevalencia de trastornos mentales. Pero, también sabemos que la relativa prosperidad de los países de economía avanzada no se traduce necesariamente en bienestar individual o social. Los estudios epidemiológicos de los últimos cincuenta años en Europa Occidental y en Estados Unidos indican la alta prevalencia de algunos problemas de salud mental (depresión, suicidio, abuso

de alcohol y drogas, trastornos de la alimentación). Problemas que nos remiten a un estilo de vida poco saludable, cuando no claramente patógeno. Aparte de a la creciente desigualdad, al incremento de los inútiles sociales, del sobrante social y de las bolsas de pobreza existentes en los países de economías avanzadas.

La gestión de las necesidades: el papel de los estados

Las características de los sistemas sanitarios van a condicionar el modelo de atención a la salud mental, sobre todo en los países donde los procesos de reforma psiquiátrica han conseguido una mayor integración en la sanidad general⁷. Hay algunas particularidades de especial interés para la atención psiquiátrica, como son el tipo de cobertura y de financiación, pues junto con el papel dado al hospital psiquiátrico condicionan en gran medida el modelo de asistencia a la salud mental. No será lo mismo una política *garantista*, en un Estado que asegura una cobertura pública universal (Estado de bienestar, como en Europa y Canadá) que un Estado *minimalista* que abandona la sanidad al mercado (Estado neoliberal como EEUU); sobre todo, en la atención a unos enfermos que suelen requerir amplias, diversas y continuadas prestaciones sanitarias y sociales y tienen grandes dificultades en el mercado del trabajo⁸. Como va a ser importante la forma de asignar los recursos que financian la sanidad: empresas aseguradoras (como en EEUU), un seguro de enfermedad o una mutua (como en Holanda, Bélgica o Alemania) o una zona geográfica en un Servicio Nacional de Salud (como en Suecia, Reino Unido o España). Con los nuevos modelos de gestión hay un cambio de mentalidad sanitaria, una vuelta al individualismo y a la medicina reparadora, que va a influir sensiblemente en las ideas y prácticas psiquiátricas, al igual que en la salud pública y en las prestaciones sociales. En psiquiatría, supone un cambio de ciclo. Después de unas décadas reformistas, de relevancia de lo psicosocial, de predominio de los valores, se vuelve a un modelo reduccionista, a una re-medicalización de la asistencia. La llamada reforma psiquiátrica, el modelo comunitario de atención, exige un sistema de salud y de servicios sociales públicos, que garanticen prestaciones universales y equitativas, donde funcione la complementariedad y la colaboración y no la competencia y la insolidaridad. No hay que olvidar que surge cuando el horizonte era el Estado del bienestar, en tiempos de mayor sensibi-

lidad social, tras la Segunda Guerra Mundial. Los cambios en la gestión de la sanidad, cuestionando la universalidad y la equidad, se inician a finales de los años ochenta del pasado siglo. El Banco Mundial da la señal de partida con un informe sobre la gestión sanitaria (1987), que, entre otras medidas, plantea introducir las fuerzas del mercado en el ámbito sanitario y trasladar a los usuarios los gastos en el uso de las prestaciones⁹. En el Reino Unido de Margaret Thatcher se implanta la medicina gestionada como instrumento para la privatización, expandiéndose como nuevo modelo de gestión más allá de sus fronteras gracias a la fuerza de atracción que tenía por una parte la sanidad inglesa, y por otra la necesidad de reformar los sistemas de salud europeos, haciéndolos más eficientes (*Working for Patients*¹⁰).

La otra característica que señalábamos, el papel dado al hospital psiquiátrico en los procesos de reforma iniciados tras la Segunda Guerra Mundial, va a diferenciar modelos que, considerando la atención comunitaria el eje de la asistencia, mantienen, sin embargo, el hospital psiquiátrico, humanizado y transformado (*el sector*, en los países francófonos, o dentro del estado español países como el catalán o el vasco) de otros que consideran necesario su cierre y completa sustitución por alternativas comunitarias (*desinstitucionalización*, como en el Reino Unido, Brasil, España, Italia).

La comunidad y la demanda

El segundo actor en las políticas sociales, si hablamos de las sociedades democráticas, es el ciudadano y sus organizaciones, aunque solo sea porque vota cada cuatro años. De hecho, por esa presión del voto, la ciudadanía empieza a jugar un papel cada vez más importante a la hora de la definición de las necesidades y en la creación de servicios para satisfacerlas. Los consumidores de los servicios sanitarios y sus familiares quieren ser algo más que receptores pasivos de los servicios o cuidadores informales de los pacientes mentales. Presión ciudadana que va a condicionar la expresión de la necesidad, la demanda. El hecho es que nos encontramos con una doble cara cuando hablamos de la demanda y los movimientos ciudadanos. Por una parte, tenemos la medicalización de la sociedad y un imaginario social llenos de prejuicios, en una ciudadanía fragmentada, que confunde identidad con grupo separado, que lucha por el beneficio de los "suyos": bipolares, esquizofrénicos, límites, trastornos de conducta alimentaria, fibromiálgicos, levantando vallas, fronteras en la gestión de una respuesta que pue-

da atender la globalidad (ahí tenemos la proliferación de unidades específicas de fibromialgia o trastornos borderline, fagocitando recursos de la atención de las psicosis o las neurosis graves). La planificación de los recursos queda en estos casos a merced de lobbies societarios.

El otro lado, lo representan los movimientos ciudadanos y de pacientes que exigen el empoderamiento, su total involucración en la gestión de la salud mental o de su padecer en concreto: conceptos como *recovery*, *abogacy*, buscan hacer protagonista de su recuperación al propio paciente. Hay una amplia historia desde aquellos encuentros de ex pacientes de hospitales psiquiátricos en las escalinatas de la Biblioteca Pública de Nueva York, en la década de los 40 del pasado siglo, de los que surgió la asociación de enfermos “No Estamos Solos” (WANA); de su conversión en verdaderos movimientos de expsiquiatrizados, en los años setenta, coincidiendo con el auge de la antipsiquiatría, o en movimientos institucionalizados de incidencia mundial como Global Initiative o de gran implantación popular y peso político como el que se está dando en Brasil. Unos movimientos diversos, de los que surgen iniciativas, frente a las insuficiencias de las administraciones, como los programas de *case management*, los programas de autoayuda o los más recientes del enfermo como experto de su dolencia. Unos movimientos de pacientes, familiares y ciudadanos que han sido esenciales en todos los procesos de reforma psiquiátrica, que han pasado de ser marginales a participar, o pugnar por participar, en la política de los servicios que les atienden, pero sobre todo en su lucha por la defensa y conquista de los derechos civiles y la ciudadanía plena, que constituyen la parte esencial de sus barreras y discriminación.

La dimensión técnica

Los cambios en la demanda, en las formas de gestión y en el pensar de la época —el pragmatismo, la vida líquida que describe Bauman¹¹, la idiocia moral de buena parte de los que gobiernan el mundo—, van repercutir en las respuestas técnicas de la comunidad psi profesional. Hay una vuelta al individualismo, a la enfermedad como responsabilidad individual que favorece la psiquiatrización de las fallas del sistema social. Y una forma de entender la enfermedad que reduce a lo biológico el malestar. El sujeto, su biografía, queda fuera. La alta tecnología diagnóstica y la farmacia sustituye a la clínica psicopatológica. Un cuestionamiento que proviene tanto de la reducción psicopatológica, consecuencia del utilitarismo de la época, como de cambios profun-

dos en la demanda de las poblaciones, especialmente en los países más desarrollados. El *Libro Blanco de la Psiquiatría Francesa* (editado en 2003 por la Fédération Française de Psychiatrie, que agrupa a las diferentes asociaciones de psiquiatría y salud mental de ese país)¹² habla de una crisis que está cuestionando la misma supervivencia de la psiquiatría. Señala el riesgo de que la psiquiatría esté perdiendo su razón de ser, ante el avance de una ideología que reduce la enfermedad mental a las ciencias moleculares del cerebro, y una demanda social proteica, medicalizada, producto de las nuevas formas de gestión del malestar, que por parte de los gobiernos busca en la terapias soluciones a las fallas sociales, y por parte de los ciudadanos, atajos a la felicidad. Una crisis que sí está cuestionando la misma supervivencia de la psiquiatría y mucho más lo hace de la salud mental comunitaria.

El ideal de la psiquiatría conservadora en boga, “un mundo, un lenguaje”, ese sentido único del mundo llevado a la psiquiatría que se viene fraguando en las últimas décadas de la mano de EEUU, en aras de un pretendida eficacia, culmina con la elaboración de los DSM, sobre todo a partir del DSM III (1979). Manera de entender la práctica psiquiátrica que hace borrón y cuenta nueva con toda la historia de la psiquiatría, de la construcción psicopatológica de la enfermedad mental; con ella podemos desprendernos, por pre-científicas, de las obras de Pinel a Falret, de Grissinger a Kraepelin, de Jaspers a Bleuler, de Freud a Enry Ey. Por citar unos pocos que no cumplen criterios. En el esfuerzo por reducir la psiquiatría al hecho físico, a la medicina del signo, tenemos marcadores biológicos, predictores de respuesta, spet cerebral, protocolos, escalas, meta-análisis randomizados, y una propedéutica que ha convertido en datos toda la semiología psiquiátrica, estableciendo criterios diagnósticos en base a ítems agrupados binariamente (presencia/ausencia) o según intensidad o gravedad, y escogidos por consenso, o por votación. Esta evolución de los DSM es significativa de la evolución de la psiquiatría biológica. En la 4ª edición del DSM (DSM-IV), se eliminó el diagnóstico de trastorno mental orgánico en un intento de hacer ver que todos los trastornos mentales pueden tener una base biológica o una causa médica (se entiende la medicina como sólo biológica), que pasa a denominarse: síndrome confusional (*delirium*), demencia, trastorno amnésico y otros trastornos cognitivos. Posteriormente, ahondando en el mismo esfuerzo por hacer hincapié en la base orgánica de la enfermedad mental, el DSM

IV y la revisión TR excluyen el término psicogénico. De forma similar se ha eliminado el término neurosis. Robert L. Spitzer lo dejó claro en su introducción al DSM III, manual por antonomasia de la psiquiatría actual, que define y defiende como ateorico, y como ahistórico^{13,14}. Como lo tiene también claro el otro gran libro paradigmático de la psiquiatría estadounidense, “el Kaplan”¹⁵, que en su capítulo sobre “Signos y síntomas” dedica poco más de una página a dar cuenta de éstos términos, y de los conceptos de neurosis y psicosis, cito textualmente, “los considera necesario mencionar porque se siguen utilizando en el hablar coloquial de los profesionales”. Eso sí, dedica las 10 páginas siguientes del capítulo a un glosario alfabético de términos donde se confunden los signos con los síntomas y con los síndromes. La última edición de la Sinopsis, la 10ª, de 2009, tiene 1470 páginas.

Una psiquiatría de la que Lantéri-Laura¹⁶ se pregunta ¿a qué precio puede prescindir de toda referencia a una psicopatología? ¿Qué precio se paga y qué esconde este desprecio por la historia, por el sujeto enfermo, por la clínica? Pues, a poco que uno quiera, es difícil no querer ver la necesidad de una psicopatología que aporte un cuerpo teórico a nuestra práctica, que nos permita comprender la enfermedad mental y el diagnóstico y la terapia en sus enfoques psicológico, biológico y social. No hay hechos sociales sin sujeto ni sujeto sin historia ni una semiología del enfermar psíquico construida con signos aconductuales, sin sentido. El pragmatismo supuestamente ateorico de la psiquiatría hoy hegemónica encubre una teoría neopositivista consecuente con las tendencias neoliberales del momento. Supuesta verdad científica que encubre una práctica, tanto en la investigación, como en la clínica o la lucha contra el estigma, que desaloja al sujeto en beneficio del mercado. El intento de identificar el síntoma de la medicina reducida a biología con el síntoma de la psicopatología es tan burdo intelectualmente como intentar reducir todo el universo a la razón biológica. O explicar el origen de la especie humana por el creacionismo.

Es con este modelo reduccionista con el que tiene que lidiar su sostenibilidad técnica el modelo comunitario construyendo una clínica diferente, donde se tenga en cuenta a la comunidad no solo como usuaria, donde la red de prestaciones y la continuidad de cuidados garantice la asistencia a los más frágiles, donde quepa el sujeto, donde la clínica no acabe en el diagnóstico y la prescripción farmacológica. La sostenibilidad del modelo está en reinventar la clínica como una construc-

ción de posibilidades, como construcción de subjetividades, para poder responsabilizarse del malestar del sujeto, de los síntomas de su enfermedad, con otro paradigma científico centrado en el cuidado y la ciudadanía. Una clínica ampliada, según la expresión de Jairo Goldberg¹⁷, donde se articule un eje clínico con un eje político. Pues el caso es que durante todos estos años de reforma psiquiátrica, hemos conseguido programas eficaces, más eficaces que nunca, en especial en la atención a la cronicidad, en la rehabilitación psiquiátrica, en la coordinación con atención primaria, en el trabajo en red. Pero tampoco cabe duda sobre que estos programas, en muchas ocasiones, son flacos psicopatológicamente. Y añadiríamos más, no siempre respetuosos con la autonomía del paciente, lejanos a las ideas de recuperación y empoderamiento tan necesaria en la atención comunitaria. Lo comunitario no son los centros de salud mental ni los hospitales de día ni la atención a domicilio. Lo comunitario es el trabajo en la red, es la acción en un territorio en continua interacción con sus ciudadanos y sus organizaciones. Una ciudadanía que forma parte del proceso, que hace suyo el proceso asistencial. Desde ese gobierno compartido, que no es del hospital ni del centro de salud mental, son comunitarias tanto las unidades de agudos como las plazas residenciales. La desinstitucionalización y la psiquiatría comunitaria no son una mera reordenación y optimización de los servicios de atención. No todo vale. Exige un nuevo modelo de atención que rompa con una práctica trabada entre la normalización y la disciplina.

Los profesionales

Y esto nos lleva a los profesionales, y a su compromiso con el modelo comunitario. Aquí hay un problema de reconocimiento. La falta de una currícula profesional. Hay, como señala Levav, un divorcio entre la universidad y los servicios: una capacitación ajena o como mínimo distante de las necesidades de las poblaciones y una investigación que no está encaminada a las poblaciones que les afecta. Un estudio realizado por el Global Forum for Health Research (GFHR) y la OMS en los países en desarrollo mostró claramente que la investigación y la atención marchan por distintos derroteros¹⁸. Brecha que hace que las preguntas que responden los investigadores no sean las que se producen en la clínica, y disociación que hace que los trabajos sobre clínica sean muchas veces revisiones de la literatura internacional de escasa aplicación a la práctica cotidiana. La investigación queda fuera de la labor

clínica cotidiana. Hay una clara disociación entre quienes hacen clínica y quienes hacen investigación, o bien, en el ámbito de los servicios, entre quienes ven pacientes y quienes escriben sobre cómo se ven los pacientes. Hay pocos lugares donde los equipos asistenciales que se planteen la actividad como una *praxis* que una la teoría y la práctica, porque no hay de verdad un trabajo en equipo. Y solamente desde un equipo que sea sujeto de una *praxis*, en el sentido marxista, dialéctico del concepto, será posible recuperar la clínica psicopatológica de ayer, hecha en el adentro de la cerca de las instituciones hospitalarias, y sobre ella construir una nueva clínica que de cuenta de la diversidad del ser humano, que se construya desde la libertad y ciudadanía del paciente en fluida confluencia con otras ramas del saber y de la técnica.

Tendencias actuales y perspectivas de futuro

La situación actual se mueve entre el modelo de medicina liberal norteamericano, intocado tras el fracaso de Obama, que ha convertido la psiquiatría comunitaria en un programa para pobres, el mantenimiento de la cobertura universal europea, acosado por las tendencias privatizadoras que limitan las prestaciones más sociales, y el movimiento participativo de la *saude mental* colectiva de Brasil. Las incógnitas de futuro no están en el campo de la salud mental, donde tan solo cabe, mientras que se mantenga el escenario de predominio neocon, iniciativas como las propuestas por Benedetto Saraceno durante su tiempo en OMS. Políticas para superar brechas y barreras tanto en los países ricos como en los pobres. El futuro de la psiquiatría no se juega en la confrontación psiquiatría biológica, psiquiatría biopsicosocial, se juega en el modelo de atención, en modular una oferta de servicios en función de las necesidades de la sociedad y en los límites de una práctica que debe recuperar una psicopatología que dé cuenta del por qué y del devenir de las enfermedades mentales, que sirva para definir su campo de competencia, su finalidad terapéutica, preventiva, rehabilitadora. El debate se centra en un modelo médico hospitalocéntrico frente a un modelo orientado por la salud públi-

ca. O en otros términos, Servicios Públicos de Salud frente a servicios privatizados. Estado social frente a Estado neocon. Un debate en el que no todo vale. Ni la farmacopsiquiatría ni el mercado como política de gobierno son una respuesta para garantizar la salud. La sociedad de mercado funciona sin referencias éticas: no le cabe el individuo en tanto sujeto moral. Hay que separar el beneficio empresarial y hasta individual de la excelencia sanitaria. Hay que insistir una vez más, por mucho que sea obvio: la manera de afrontar la enfermedad, la invalidez y el cuidado definen a las sociedades y a sus representantes políticos, diferenciando tendencias y partidos. La dignidad y el coraje de una sociedad se mide por el modo como acoge la desviación, la marginación y la locura. En este presente huero y desmemoriado que predica el fin de las grandes ideas de la modernidad: justicia, igualdad, progreso, hay que reivindicar una determinada ética. El cuidado ético del mundo consiste en asumir la esencial igualdad de los hombres. El cuidado, la defensa de los derechos humanos, la protección de los sujetos más frágiles, el respeto a las diferencias, al otro. La salud mental de las poblaciones, en suma, no es un privilegio del poder del dinero o de los gobiernos. Después de medio siglo de reformas psiquiátricas en buena parte del mundo, a pesar de las declaraciones y los acuerdos de organizaciones internacionales que muestran la magnitud del problema y marcan estrategias a los gobiernos; y a pesar de los indudables avances del conocimiento y de la técnica: psicoterapéuticos, psicofarmacológicos, psicosociales, rehabilitadores, la salud mental sigue siendo una deuda pendiente de las sociedades y los gobiernos; las familias siguen siendo, en el hemisferio Norte y en el Sur, en países ricos y pobres, los principales soportes de la cronicidad psiquiátrica; los pacientes psíquicos más graves siguen siendo con gran frecuencia parte de los excluidos sociales, sin voz, trabajo ni casa. Hay que tomar la palabra, pero no hay que decir nunca es natural para que nada se vuelva inmutable. La utopía es necesaria como estrategia. Otra comunidad es posible. Como es posible una sanidad pública universal y colectiva. Lo público no es el regalo de los ricos a la inmensa mayoría. Lo público es un bien del que nadie debe ser excluido.



Referencias

1. Navarro V. *Bienestar insuficiente*. Barcelona: Anagrama; 2002.
2. Hardt M, Negri A. *Multitud*. Barcelona: Mondadori; 2004.
3. Organização Panamericana de Saúde (OPAS), Organização Mundial de Saúde (OMS). *Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde mental: Nova Concepção, Nova Esperança*. Brasília: Organização Panamericana de Saúde (OPAS), Organização Mundial de Saúde (OMS); 2001.
4. World Health Organization (WHO). *Atlas Mental health resources in the world 2001*. Geneva: World Health Organization (WHO); 2001.
5. Rodríguez JJ. *Salud mental en la comunidad*. Washington: Organización Panamericana de Saúde (OPS); 2009.
6. Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A. *Salud mental en el mundo: problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos*. Washington: OPS; 1997.
7. Desviat M. *La reforma psiquiátrica*. Madrid: Dor; 1994.
8. Desviat M. De lo público, lo privado y el futuro de la asistencia a la salud mental. *Norte de Salud Mental* 2008; VII(31):45-51.
9. Akin J. *Financing Health Services in Developing Countries. An agenda for Reform 1997*. Washington DC: World Bank; 1997.
10. Department of Health. *Working for Patients*. London: HMSO; 1989.
11. Bauman Z. *Vida líquida*. Barcelona: Paidós; 2006.
12. Fédération Française de Psychiatrie. *Livre blanc de la psychiatrie*. Paris: J.L John Libbey Eurotext; 2003.
13. Valdés Miyar N. *DSM-III*. Barcelona: Masson; 1983.
14. American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson; 2002.
15. Sadock BJ, Sadock VA. *Kaplan & Sadock. Sinopsis de psiquiatria*. 10ª ed. Barcelona: Philadelphia; 2009.
16. Lantéri-Laura G. *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatria moderna*. Madrid: Triacastela; 2000.
17. Goldberg J. *Clínica da psicose*. Rio de Janeiro: Te Corá; 1996.
18. Sharan P, Levav I, Olifson S, de Francisco A, Saxena S. *Research capacity for mental health in low- and middle-income countries. Results of a mapping project*. Geneva: Global Forum for Health Research and the World Health Organization; 2007.

Apresentado em 08/09/2011

Aprovado em 30/09/2011

Versão final apresentada em 05/10/2011