

VIABILIDAD POLITICA, SOCIAL Y ECONOMICA DE UNA REFORMA PSIQUIATRICA EN CHILE*

Cuad. Méd. Soc. XXXIX, 3-4, 1998/ 22-32

Antonio Cortés Terzi**

Esta exposición se centra en los entornos políticos y estructurales que influyen en la voluntad y propuestas de reformas, cualesquiera que éstas sean.

Naturalmente que son muchas las variantes que se pueden considerar para caracterizar ese entorno, lo que obliga a seleccionar algunas. Mi criterio ha sido, primero, eludir las cuestiones coyunturales y luego ordenar las variantes en tres áreas: la económica, la sociocultural y la estrictamente política.

VARIANTES ECONOMICAS

Resulta claro que en los últimos años la estrategia del crecimiento económico ha sido el eje ordenador principal de las políticas públicas y en gran medida también de la vida social.

Esta es una concepción y estrategia muy arraigada y expandida entre las élites direccionales de casi todas las culturas políticas y cuenta con altos grados de consenso en los espacios sociales.

Dicho simplificado, la lógica que se ha impuesto —y que por cierto tiene racionalidad— es que para responder a las demandas crecientes que genera un mundo en acelerado proceso de modernización es necesario crecer económicamente, disponer de mayor riqueza como nación.

Este énfasis, calificable de "economicista", no implica negar la importancia de innovar en otras áreas que no sean las económicas. Pero,

obviamente, sí implica una tendencia a privilegiar las cuestiones atinentes al crecimiento económico.

Debe tenerse en cuenta, a su vez, que esta estrategia del crecimiento está acotada por rasgos precisos. No se trata de una idea abstracta del crecimiento, sino de un tipo de crecimiento concebido con especificidades.

La primera especificidad, que es también la más trascendente y esencial, consiste en un crecimiento orientado por los parámetros que fija lo que se ha dado en llamar una "economía de mercado", es decir, regido por la libre competencia, liderizado por la empresa privada y con roles estatales muy inferiores a los que tradicionalmente se le asignaron al Estado en América Latina.

Esta concepción fue instalada como realidad durante el régimen militar y ha significado un cambio radical en la historia del desarrollo económico chileno. Tanto así que algunos autores (Tomás Moulian, por ejemplo) han descrito este cambio como "revolución capitalista".

Y un segundo rasgo específico es que el crecimiento se sustenta principalmente en la actividad exportadora. Y este dato tiene importancia para el tema que nos ocupa, por cuanto se traduce, entre otras cosas, en que el mercado interno tiene menos importancia que el externo, para los efectos estrictos del crecimiento. Siendo así, se ha producido un cambio en las políticas de cambio fiscal, que era uno de los resortes tradicionales utilizados para expandir el mercado interno.

* Ponencia Central en la Mesa Redonda "Viabilidad Política, Social y Económica de una Reforma Psiquiátrica en Chile" en el marco del Encuentro Nacional "Hacia la Psiquiatría Comunitaria", efectuado en el Hospital "El Peral", en Puente Alto, los días 25 y 26 de septiembre de 1998

** Cientista Político Director del Centro de Estudios Sociales "AVANCE". Santiago de Chile

VARIANTES SOCIOCULTURALES

Un primer rasgo en este plano tiene que ver con una relativa pérdida del sentido de lo colectivo, de lo asociativo y comunitario en relación a lo que era ese sentido en la sociedad más "tradicional". Fenómeno que se explica por las cuestiones señaladas anteriormente. Antes que todo, por la acelerada modernización capitalista que tiene como efectos, entre otros, el otorgamiento de una mayor importancia a lo individual, al esfuerzo y competencia individual. Las prácticas cotidianas de una economía de mercado induce a la creencia de que el sujeto progresa por actos individuales y en donde lo asociativo es casi exclusivamente una fórmula de interrelación de intereses personales.

Esto no quiere decir que exista un abandono total de la idea de comunidad. Lo que ocurre es que las formas tradicionales de asociación tienden a agotarse, en la medida que han cambiado las bases sobre las que se construían, y aún no se desarrollan suficientemente formas asociativas más idóneas a las nuevas condiciones creadas por la "purificación" del capitalismo.

Un segundo rasgo, en esta variante, se vincula a lo siguiente: decíamos que Chile pasó, durante el régimen militar, muy aceleradamente a lo, que en términos weberianos, llamaríamos capitalismo "puro". La severidad y rapidez de esos cambios en el plano económico y estructural no se condicen con los ritmos que aceptan los cambios en materia valórica y cultural. De suerte que en Chile estamos viviendo todavía un desfase entre lo que son las prácticas de un tipo de sociedad "moderna" con los valores y cultura que perviven de una sociedad más "tradicional", por cuanto en este último nivel las transformaciones y adecuaciones son más lentas. Eso explica, por ejemplo, el que tanto se hable de "crisis de valores" o de "crisis moral", y eso explica también, en mi opinión, los altos grados de inconformidad y de incomodidad cultural que muestra la sociedad chilena.

Esta dicotomía, entre una sociedad moderna que funciona como tal empíricamente y una sociedad tradicional en lo que se refiere a lo cultural, ha llevado, a su vez, al deterioro de lo que Erich Fromm definía como "estructuras orientadoras". Las sociedades siempre poseen estructuras que orientan y ordenan los comportamientos personales y colectivos (instancias estatales, educacionales, medios de comunicación, la familia, los partidos, las iglesias, etc.). En la actualidad nacional, salvo quizá las iglesias, todas las estructuras de esa índole se encuentran en situaciones

críticas, en fase de readecuaciones y varias de ellas mal percibidas por la sociedad. Esto crea un cuadro muy complejo. En efecto, la sociedad está requerida de orientaciones valóricas, para adaptarse a la "modernidad", pero las estructuras que deberían reorientar a la sociedad se encuentran también en plenitud de una crisis de transformación.

Un tercer tema cultural aduce directamente al rol que desempeñan hoy los medios de comunicación, en especial, la TV.

Ya hablamos acerca de la heterogeneidad social que ha producido la modernidad capitalista. Falta referirse a lo siguiente: la mayor heterogeneidad y la emergencia de nuevos grupos sociales no significa que estos subgrupos o grupos emergentes se estén expresando hoy con identidad propia. Como se trata de un proceso todavía en tránsito, ocurre que estos conjuntos lejos de tener personalidad propia se encuentran diluidos desde el punto de vista cultural y valórico. Y además sin las estructuras orientadoras tradicionales.

En virtud de ese "desorden" valórico-cultural, es que la televisión cobra vital importancia.

Esos grupos en tanto que no se personalizan devienen en masa y las masas se "reúnen" en torno a la televisión. Y cuando así sucede, la televisión pasa a ser un factor extraordinariamente decisivo para la vida pública.

VARIANTES POLITICAS

Las variantes políticas se caracterizan, en primer lugar, por un proceso larvado pero muy profundo de ajustes políticos estratégicos. El mapa político chileno actual difícilmente va a seguir siendo el mismo en un futuro próximo.

En general en toda América Latina los sistemas políticos dependen de los sistemas de partidos, los cuales se han modificado radicalmente y están en proceso de modificaciones todavía mayores. En Argentina ha surgido desde el peronismo que comienza a ser protagonista, el FREPASO. El rompió el binominalismo constituido por la Unión Cívica Radical y el peronismo tradicional.

Uno de los países con estructura política más sólida, que fue México, también está remecido. Se terminó el monopolio del PRI, y desde ese propio partido ha surgido el Partido de la Revolución Democrática. Partidos de una fuerza y de una tradición enormes como el MNR boliviano, el APRA peruano, el COPEI venezolano, se desintegran, se dispersan dando lugar a nuevas figuras políticas.

En Chile todavía eso no ha ocurrido. ¿Por qué? No porque las situaciones estructurales para estas desintegraciones no estén presentes, sino por la situación excepcional que configuró la dictadura y el tránsito de la dictadura. En mi opinión eso ha postergado la necesaria reconversión de las culturas políticas y obligó a que esas estructuras se mantuvieran de manera inerte. Ha sido esta situación excepcional la que ha mantenido inalterable la nomenclatura de las culturas políticas. Pero si uno observa, la verdad es que no hay ningún partido en Chile, salvo tal vez la UDI, que no esté cruzado por enormes conflictos, enormes discusiones sustanciales.

Frente a infinidad de materias las posiciones se transversalizan. No solamente dentro de los partidos de la Concertación, sino que también dentro de los partidos de la derecha.

En síntesis hay un período de ajuste de los sistemas de partidos, de lo cual da cuenta la transitoriedad, pero a su vez, y esto quizás sería lo importante, hace que el sistema no sea confiable, en el sentido de que nadie sabe ni puede anticipar en qué está cada estructura partidaria merced a estos procesos de ajustes y de controversias insertos en cada una de esas estructuras.

Otro elemento importante es que el sistema político —que estará en debate por largo tiempo— tiene al menos dos características perniciosas: una, es potencialmente muy frágil por la existencia del sistema binominal, aunque no es un rasgo exclusivo de la fragilidad del sistema, si es determinante. Según una investigación realizada por el Centro de Estudios que dirijo, existe una diferencia de sólo cien mil votos para que la oposición se convirtiera, hipotéticamente, exactamente en la mitad del Parlamento. Así la oposición de derecha alcanzaría más del 50% del Parlamento teniendo apenas el treinta y tantos por ciento de los votos, porque con cien mil votos más no se modifica mucho el porcentaje de votos, pero sí la composición del Parlamento. A la inversa, con doscientos mil votos más, distribuidos por distritos, la Concertación podría obtener todos los cupos parlamentarios. No digo que esto vaya a ocurrir, pero sí es demostrativo de la naturaleza frágil del sistema.

Otra característica que torna frágil el sistema es la siguiente: Chile, en momentos no tendría jefatura de Estado. Cuando el Jefe de Estado consulta al Consejo de Seguridad Nacional, si éste no coincidiera con las propuestas del Presidente, ¿quién sería el Jefe de Estado? Esta posibilidad cierta podría producir una crisis institucional de gravísimas consecuencias.

Por otra parte, hay fragilidad en el sistema por cuanto si no se mantienen las alianzas tal cual existen hoy, puede producirse una dispersión electoral que dé un resultado muy incierto en la composición de las instancias representativas.

Junto con ser frágil, el sistema es extraordinariamente rígido para los efectos de reformas y/o de grandes proyectos y debates. Es rígido porque la fragilidad obliga a que las fuerzas políticas mantengan el ordenamiento de los bloques y para ello es menester que algunas cuestiones no entren en debate, porque amenazarían las alianzas, es decir, la institucionalidad obliga a una rigidez en cuanto a qué debe o no debe discutir la sociedad. Pero como la sociedad igualmente discute, es obvio que el sistema es frágil por naturaleza.

Por último, cabe destacar lo siguiente: estamos viviendo en Chile y en América Latina en general lo que yo llamaría un oscurecimiento del proceso de toma de decisiones. Los sistemas institucionales, las formas y los procesos que se siguen a través de las vías institucionales no siempre son en verdad el efectivo proceso a través del cual se toman las decisiones.

¿Por qué esto? Básicamente porque, merced a las modernizaciones capitalistas, en tales procesos se han incorporado otros poderes a los cuales se les ha dado el nombre de "poderes fácticos".

En muchos análisis, a estos poderes se les sataniza. No tengo esa misma opinión porque tales poderes son realidades objetivables. No se le puede decir, por ejemplo, al gran empresariado, que tiene mucho dinero y mucho poder, que no haga uso de esas facultades. Obviamente lo va a hacer.

Lo que ocurre es que los mecanismos de expresión de esos poderes no están reconocidos por la institucionalidad, y eso sí es peligroso porque obliga entonces a operar a esos poderes por vías extrainstitucionales. Lo que genera un deterioro mayor de las estructuras formales de poder. Este dilema forma parte de las dificultades que tiene hoy la política para hacerse explícita y más transparente.

Termino con algunas apreciaciones sobre los dramas que sufren hoy los reformistas. Tengo la impresión, en primer lugar, que no hay en Chile una gran sensibilidad a priori hacia reformas que no estén en estrecha relación con la lógica del crecimiento. Lo que no participa en esta lógica no es muy sensible ni a la opinión pública ni a la dirigencia política. Creo que tampoco son fácilmente identificables actores políticos y sociales reformadores, en el sentido íntegro. Y ello por las

crisis en las culturas políticas y por los reordenamientos sociales de los que hablamos. Tampoco, en mi opinión, son claros los resortes indicados de poder político y/o factuales que colaboren a la implementación de determinadas reformas que no sean las reformas sujetas a la lógica del crecimiento.

Nada de esto significa que no haya ninguna posibilidad de reformas. A lo que voy es que los proyectos reformadores, las voluntades reformadoras tienen que plantearse estos problemas.

No se trata sólo de tener un proyecto eficaz desde el punto de vista técnico o profesional. Este

proyecto tiene que incorporar al menos una capacidad de debate, constituirse en una especie de cosmovisión acerca de por qué la lógica de ese proyecto es válida, aunque no esté en la lógica del crecimiento. También en ese sentido el proyecto está requerido de un discurso más amplio que el que acepta en sí mismo. Tiene que generar sus propios mecanismos de articulación social y política. Para finalizar, en la medida que no son identificables claramente los resortes del poder para las reformas, el proyecto reformista tiene que incluir estrategias de poder idóneas para los efectos de concitar fuerzas políticas reformadoras.

COMENTARIOS A LA PONENCIA DE ANTONIO CORTES TERZI*

COMENTARIO DR. RUBEN ALVARADO M.**

Para partir, quiero felicitar la ponencia de Antonio Cortés puesto que a mi parecer ha hecho una buena síntesis de los aspectos fundamentales de tipo económicos, políticos y socioculturales que cruzan nuestra sociedad y están a la base de los cambios que estamos viviendo, y que sin lugar a dudas influyen fuertemente en el sector salud.

Mi comentario parte desde la mirada de alguien que se ha dedicado a la gestión en los últimos años, razón por la cual tiene los sesgos que de aquí se pueden desprender.

Mirado desde esta perspectiva, creo que Antonio nos ha entregado una enumeración y descripción de las "fuerzas-claves" que condicionan los diferentes escenarios en los cuales se puede construir una eventual reforma de la atención psiquiátrica. Esto es muy importante, porque generalmente hemos buscado desencadenar procesos de cambio a partir de nuestras posiciones o principios valóricos, que si bien son técnica y éticamente justificados, carecen de la viabilidad o factibilidad suficiente, para que puedan hacerse realidad.

Tal como señalara Carlos Matus (1), el "momento estratégico" en una planificación es aquel que se centra en conseguir "recursos de poder",

vale decir, obtener aquello que hace que una propuesta se haga realidad. En un artículo anterior utilicé este enfoque para analizar el futuro de la atención psiquiátrica en Chile (2).

Esto se explica porque uno de los errores que cometemos es obviar el análisis del entorno, y nos quedamos solamente con la mirada interna institucional, o cuando más de nivel sectorial. De tal forma que frente a los fracasos, la tendencia es a responsabilizar a otros (autoridades, sociedad, población, etc.) por su "incomprensión", "poca valoración de esta área", "marginación de la psiquiatría" u otra explicación.

Habiendo hecho las consideraciones anteriores, quiero revisar someramente tres preguntas claves frente a una propuesta de reforma.

La primera es:

¿Está suficientemente justificada una reforma para la atención psiquiátrica?

No me cabe duda respecto a que hay más que suficiente justificación, que proviene desde los ámbitos éticos (en lo referente al respeto a los

* Comentarios a la Ponencia "Viabilidad Política, Social y Económica de una Reforma Psiquiátrica en Chile" de Antonio Cortés Terzi, en la Mesa Redonda del mismo nombre, efectuada en el Encuentro Nacional "Hacia la Psiquiatría Comunitaria", efectuado en el Hospital "El Peral", en Puente Alto, los días 25 y 26 de septiembre de 1998

** Médico Psiquiatra, Magister en Salud Pública

derechos de las personas), técnicos (sobre los mejores resultados terapéuticos y de rehabilitación), sociales (en cuanto a la diferente relación que se establece entre el "enfermo mental" y la sociedad) y administrativos (ya que son dispositivos de mayor eficiencia social). Y para todo esto hay experiencias en otros países que hacen más sólido su fundamento.

El problema no está en los argumentos de la justificación, sino para quiénes son válidos estos argumentos. Planteado de otra forma, ¿los actores son poder para la toma de decisiones, están suficientemente imbuidos de estas justificaciones?

Mi impresión es que no, y que tenemos la responsabilidad de no haber puesto estos temas (argumentos) en los momentos y de las formas más adecuadas para que quienes toman las decisiones los hagan suyos*. Y para descubrir los momentos y las formas, es fundamental tener presente análisis como los que nos ha presentado Antonio.

La segunda pregunta es:

¿Hay una propuesta de reforma suficientemente clara y atractiva para los tomadores de decisiones?

Esta pregunta tiene dos partes. En cuanto a lo primero, yo creo que hay suficientes elementos para la formulación de una propuesta clara y consistente. Las características que debe tener la red de atención, los recursos necesarios, la importancia de la atención ambulatoria y de los dispositivos comunitarios, entre otros elementos, son ya suficientemente reconocidos. El problema podría plantearse por el déficit de recursos, sin embargo creo que esto no es argumento suficiente para no hacer el diseño de una propuesta de reforma, ya que esta última se refiere a aspectos estratégicos, referidos a un horizonte de mediano y largo plazo.

Otro elemento que debe estar presente es la necesidad de levantar una propuesta que considere un mínimo de consensos entre los que trabajan en este campo. Recuerdo hace unos meses haber estado en un encuentro de Asesores y Jefes de Programa de Salud mental de los distintos Servi-

cios de Salud del país, donde un grupo de ellos contraponía el trabajo destinado a fortalecer la atención psiquiátrica con el trabajo orientado a promover la salud mental, señalando que esta discusión estaba motivada por diferentes paradigmas y que era necesario resolver este punto antes de avanzar en cualquier proposición. Esta misma discusión la he escuchado desde hace casi una década, y no veo que haya permitido obtener mayores logros. Más bien creo que el problema está en que esta discusión ha frenado las posibilidades de avances en cualquier sentido.

Traigo este problema aquí porque creo que es uno de los principales obstáculos para lograr una propuesta clara y de consenso, que como ya señalé está suficientemente justificada.

La segunda parte de la pregunta se refiere a cuán atractiva resulta la propuesta para quienes toman las decisiones. En este sentido deben tenerse presente dos consideraciones: 1) el grado de conflictividad de la propuesta, tanto al interior del sistema como para el entorno social (valga recordar lo descrito en los párrafos anteriores acerca de las dificultades para lograr los consensos mínimos); y 2) la coherencia con las políticas y prioridades sectoriales, así como con los intereses específicos de las autoridades del momento.

De más está señalar nuevamente la importancia de la presentación de Antonio con respecto a lo atractivo o no que pueda ser esta propuesta, ya que quienes ocupan cargos de autoridad tienen una gran sensibilidad por los factores o fuerzas-claves que condicionan los escenarios en los cuales ellos deben tomar sus decisiones.

Pasemos a la tercera pregunta y que tiene estrecha relación con los contenidos de la presentación de Antonio Cortés:

¿Qué elementos del escenario descrito son claves para darle mayor viabilidad a un proceso de reforma psiquiátrica en nuestro país?

Esta pregunta requiere una respuesta mucho más extensa que lo que voy a poder desarrollar en este momento. Más bien, lo que haré será destacar ciertos aspectos que surgen de la presentación de Antonio y que considero imprescindibles de tener presente en cualquier propuesta de reforma.

A. Nuestra estructura social dominante está basada en una "economía de mercado" y el énfasis

* Me refiero a actores relevantes con capacidad de poder para decidir o influir sobre estas decisiones, tales como autoridades políticas del sector, medios de comunicación, parlamentarios, algunos líderes sociales específicos, etc

economicista cruza las diferentes estructuras e instituciones sociales, impregnando sus lógicas internas, sus prioridades, sus motivaciones y los argumentos aceptados como válidos. El sector salud no está exento de esto.

Por esta razón, la propuesta de reforma debe incluir las siguientes consideraciones:

- la ganancia social –en el contexto señalado– que ella involucra;
- la eficiencia que tiene en sí misma (y en contraste con lo actualmente existente);
- la consistencia con los procesos de reforma en la asignación financiera que el sistema de salud está teniendo; y,
- la adecuación a los ritmos de crecimiento del país y del sector.

- B. La necesidad de tener presente la forma en que los cambios socioculturales van a afectar las propuestas técnicas, especialmente lo que respecta al énfasis en evitar la hospitalización y el desarrollo de los dispositivos comunitarios.

El paso desde una sociedad “tradicional” a un capitalismo más “puro” ha significado la transición desde la mayor preeminencia de lo comunitario y cooperativo hacia una mayor importancia de lo individual y competitivo. Este rápido proceso, que Antonio señala como un elemento generador de crisis y de “incomodidad cultural”, sin duda va a afectar las propuestas que apuntan a la implementación de estructuras y lógicas comunitarias, como las que caben en esta reforma de la atención psiquiátrica.

Cabe recordar los datos que arrojó el estudio multicéntrico sobre esquizofrenia, donde los países en desarrollo mostraban mejores resultados en el pronóstico y la reinserción social de estos pacientes, en contraste con los países más desarrollados (3). Es posible que esto guarde relación con estas diferencias socioculturales.

Pero por otra parte, entre los valores de la modernidad se encuentra el mayor respeto por la individualidad y una mayor tolerancia a las diferencias y la heterogeneidad. Esto es una

oportunidad para el proceso de reforma, ya que abre posibilidades para cambiar la estigmatización de la que son objeto los pacientes y las instituciones psiquiátricas.

- C. En relación a lo anterior, es trascendental considerar el importante rol que juegan los medios de comunicación en la creación de imágenes y opiniones sociales. Creo que una reforma que no considere una buena estrategia comunicacional como uno de sus elementos fundamentales, podría decirse que nació muerta.
- D. En el ámbito de las fuerzas políticas, la menor ideologización, el surgimiento de temas que cruzan transversalmente a los partidos, o que la sociedad discute de hecho y fuerza a estos últimos a asumir posiciones, genera la posibilidad de posicionar un proceso de reforma en actores que tienen fuentes ideológicas diversas, dándole así mayores espacios de viabilidad. Aquí estamos nuevamente frente al problema de presentar las ideas en el momento y la forma adecuados.
- E. Finalmente, considero fundamental que se aborden los temas legislativos, porque esto fija un marco regulatorio que de no estar presente hace imposible avanzar realmente en un proceso de cambio de largo plazo. Si bien creo que este aspecto no es la fuerza que genera el inicio o la partida de este proceso, sí es una pieza clave para su consolidación.

Bibliografía

1. Matus, C. “Planificación, Libertad y Conflicto”, Ediciones IVEPLAN. Venezuela. 1985.
2. Alvarado, R. “Desafíos para la Atención Psiquiátrica Chilena”, *Rev. Psiquiatría*, vol. 3, julio-septiembre, 1994.
3. Desjarlais, R.; Eisenberg, L.; Good, B. and Kleinman, A. “World Mental Health. Problems and Priorities in Low - Income Countries”, Oxford University Press. New York, USA, 1995.

COMENTARIO DR. ALVARO BARRERA PARRAGUEZ*

I. DEL ANALISIS SOCIOPOLITICO A LA REALIDAD COTIDIANA

Existen varios niveles de análisis desde el abordado por Antonio Cortés Terzi y la realidad cotidiana de los servicios de psiquiatría.

En primer lugar está el sistema público en general, con sus características producto de nuestra historia reciente. Formando parte de éste, encontramos el sistema de salud, que comparte las características del servicio fiscal y tiene además otras que le son peculiares.

Dentro del anterior se ubican los servicios cuyo objetivo es atender las enfermedades psiquiátricas. Cada nivel interactúa con las esferas educativas, laborales y con el devenir legal, económico, cultural y político de nuestra sociedad.

No abordaré estos complejos campos. Lo señalo para destacar que en cada nivel ocurren procesos que influyen decisivamente en la realidad de la atención psiquiátrica. Tales procesos deben ser estudiados, hechos explícitos, discutidos. En la medida que sigan implícitos, como parte "de la realidad recibida", su efecto seguirá siendo indeterminado y por tanto, el marco en que se da la atención psiquiátrica seguirá siendo indeterminado.

En especial es necesario estudiar la peculiar subcultura administrativa de los servicios de salud en general y de los servicios de psiquiatría en particular. Cuáles son las actitudes y hábitos de quienes se desempeñan en el área de la psiquiatría, cuáles son las visiones ideológico-médicas que orientan su conducta.

Mencionaré algunas áreas, a fin de ejemplificar a qué me refiero:

- a) ¿Cuál es la política de remuneración dentro del sector salud? ¿Qué rasgos de desempeño funcionario se busca incentivar? ¿Existe una definición de los cargos, con las funciones que cada cual debe realizar? ¿Cómo se selecciona a los cuadros técnicos y directivos?
- b) ¿Cómo se ejerce la necesaria autoridad por parte de los estamentos superiores? ¿Qué decisiones deben tener una definición predominante técnica y no política? ¿Qué dinámicas informales determinan las decisiones?

- c) ¿Está definido qué forma parte de la labor de los servicios de psiquiatría y qué no forma parte de esa labor? ¿Existe un cuerpo legal que regule la peculiar complejidad del trabajo de los servicios de psiquiatría? ¿Existen estándares básicos, con fuerza legal, de cómo debe darse la atención ambulatoria y hospitalizada?
- d) ¿Existe una labor de formación continua de profesionales y funcionarios no profesionales, que les entregue elementos válidos y pertinentes para realizar su labor?

II. REFORMA O MEJORES CONDICIONES

No entraré en el debate respecto a qué concepto define mejor lo que se debería hacer. Lo esencial es que la atención psiquiátrica necesita de más enfermeras comunitarias, trabajadores sociales, psicólogos con formación en el tratamiento de pacientes severamente discapacitados y en neuropsicología, más funcionarios asistentes, más hospitales de día y centros diurnos, más camas de psiquiatría en hospitales generales a lo largo de todo el país, más recursos para rehabilitación social, etc. Estos recursos deben ser utilizados de acuerdo a políticas basadas en los principios de la Salud Pública y el cuerpo validado de conocimientos en áreas como la psiquiatría social, la rehabilitación, la epidemiología psiquiátrica y la psiquiatría comunitaria.

También necesitamos lugares apropiados para atender a pacientes que requieran largos períodos de hospitalización, los cuales deben estar distribuidos a lo largo del país y contar con la infraestructura material y el personal necesario.

III. GENERAR UN "CLIMA FAVORABLE"

No abordaré el tema desde la perspectiva planteada por Antonio Cortés Terzi. Más bien me referiré a cómo la psiquiatría incrementa su credibilidad al interior de la medicina. Creo que de esa manera su capacidad para influir más allá de la medicina estará bien fundada.

* Médico Psiquiatra, Servicio de Psiquiatría Hospital "San Borja-Amarán", Programa de Especialización en Psiquiatría y Gestión en Salud Mental MINSAL-USACH. Alumno del Programa de Doctorado en Psiquiatría, Universidad de Cambridge

Parto del supuesto de que existe un juicio de escepticismo hacia la validez y eficacia del quehacer psiquiátrico.

Creo que un primer paso es delimitar claramente "qué es" y "qué no es" parte de nuestro trabajo. Creo que la definición dada por la CIE-10 es suficiente. Enseguida, la psiquiatría debe acentuar su identidad médica, teórica y prácticamente. La existencia de servicios de psiquiatría en todos los hospitales generales y la interacción cotidiana y mutuamente instructiva con otras especialidades es central. La psiquiatría de enlace, la interconsulta psiquiátrica, la psiquiatría orgánica y la neuro-psiquiatría son las herramientas de ello.

IV. LAS CONDICIONES DE NUESTROS PACIENTES

La infraestructura física de nuestros servicios, el resguardo de los derechos de nuestros pacientes, la protección de su salud física y mental, deben ser todos parte integrante de nuestra labor como psiquiatras. También lo deben ser la creación y adecuada mantención de una serie de servicios en la comunidad, en particular para los pacientes severamente discapacitados por causa psiquiátrica.

Insistiendo en estas áreas, haciendo evidente su necesidad y el impacto negativo en términos epidemiológicos y de sufrimiento humano que causa el ignorarlas, estaremos contribuyendo a generar un clima "favorable" hacia las mejoras que se requieren.

Complementariamente, es necesario incrementar en la opinión pública la conciencia de la magnitud de las dificultades que enfrentan quienes están afectados de condiciones psiquiátricas.

V. CONCLUSION

La necesidad de mejorar la provisión de servicios para aquellos afectados por cuadros psiquiátricos no es, en mi opinión, un problema político partidista. Quienes trabajan en esta área requieren mejores sueldos, mejores condiciones de trabajo y una administración adecuada de los recursos. Pacientes y funcionarios necesitan servicios provistos de los recursos necesarios y de una legislación moderna que regule el campo. Las soluciones son necesariamente políticas, en la forma de una política de estado que establezca un acuerdo de financiamiento de largo plazo y la promulgación de una Ley de Salud Mental.

COMENTARIO DR. ALBERTO MINOLETTI SCARAMELLI*

En su acepción más simple y concreta, la palabra "Reforma" significa dar una nueva forma a algo con el fin de mejorarlo. Se subentiende que ese "algo" ha alcanzado la madurez de su desarrollo y tiene así plena existencia. Aplicado el término "Reforma" a sistemas sociales, destacan en la historia dos ejemplos ampliamente conocidos: la Reforma Religiosa del siglo XVI, que afecta a la Iglesia Católica después que ella ha consolidado su posición de dominio espiritual y político en la mayoría de los países europeos y ha comenzado a diseminarse a América, y la Reforma Agraria del presente siglo, que modifica el sistema de producción agrícola basado en grandes latifundios pertenecientes a pocas familias que han establecido su dominio político y económico por varios siglos.

En el caso de la Reforma Psiquiátrica, ésta, al igual que otras reformas, ha surgido en algunos países en períodos históricos muy especiales, caracterizados por una Psiquiatría que ha alcanzado una identidad claramente definida, en la cual se han invertido recursos importantes, y que ha llegado a tener una cobertura masiva entre los destinatarios de sus servicios. Es precisamente este nivel alto de evolución de la Psiquiatría el que entra en contradicción con movimientos sociales y políticos más amplios de desarrollo o reconstrucción de la sociedad. Si bien cada país en que se ha implementado ha tenido características particulares, el denominador común ha sido la existencia de grandes hospitales psiquiátricos, en número y tamaño suficiente como para internar a la mayoría de las personas que sufren de una enfermedad

* Médico Psiquiatra Jefe de la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud

mental severa, cumpliendo las funciones de proveer tratamiento médico y un medio de vida protegido para los pacientes, y de protección del resto de la sociedad frente a personas que no son aceptadas por la mayoría. El movimiento de reforma plantea el reemplazo de los hospitales psiquiátricos por un sistema de servicios comunitarios que permita a las personas con enfermedad mental la mayor integración a su medio social que sea posible, asegurando la zonificación de los recursos asistenciales, la continuidad de cuidados y la integración de los tres niveles clásicos de prevención en salud (1).

A modo de ejemplo, se puede citar la realidad de la Psiquiatría española en los años setenta, previo al inicio del proceso de reforma. El sistema de atención estaba basado principalmente en el hospital psiquiátrico, con una red de servicios extrahospitalarios casi inexistentes y sin relación con los servicios de internación, el personal de enfermería era escaso (0,25 funcionarios por cama) y carente de formación adecuada, y en la mayoría de estos hospitales la dedicación de los psiquiatras no superaba las 3 horas diarias. Leyes promulgadas en los años 1944 y 1955 establecían como obligación mínima de cada provincia la instalación y sostenimiento de hospitales psiquiátricos asegurando la atención de los enfermos de la beneficencia. Es así como en la década del 70 llegaron a funcionar en España 114 hospitales psiquiátricos, distribuidos en todas las regiones del país, con más de 42.000 camas (1,4 camas por 1.000 habitantes), y el 80% de ellas de larga estancia. Las camas psiquiátricas representaban la cuarta parte del total de camas hospitalarias, consumiendo el 7,6% del total de gastos en servicios sanitarios del país (2).

En el proceso de transición a la democracia, a la caída del franquismo, diversos sectores de la sociedad española cuestionaron la situación humana y médica en que se encontraban las personas internas en estas instituciones psiquiátricas. Sumado esto al ambiente general que se vivió en ese país de búsqueda de libertades, de grandes reformas políticas y sanitarias, de ansias de aperturas y "destapes", y de respeto y acogida hacia las minorías y los marginales, se creaban las condiciones para un proceso de profundas transformaciones en la Psiquiatría española.

Al analizar la realidad de esta especialidad en Chile, en contrapunto con lo ocurrido en España o en otros países en los que se han efectuado reformas, es válido plantearse si desde la propia Psiquiatría se han generado condiciones para desen-

cadena un proceso similar en nuestro medio. En este sentido, revisaremos sucintamente dos variables que se han considerado relevantes para una posible reforma: el grado de identidad que ha alcanzado la Psiquiatría en Chile y los recursos que el país ha destinado a la especialidad.

IDENTIDAD DE LA PSIQUIATRIA CHILENA

La visión de la Psiquiatría que tiene el ciudadano medio en Chile podría resumirse en dos descriptores principales: desconocimiento y locura. Muchas personas no saben si los psiquiatras son médicos ni en qué se diferencian de los psicólogos, y cuando un psiquiatra señala que efectúa psicoterapia se le pregunta si también es psicólogo. Un número no despreciable de personas acude al neurólogo cuando se siente "enfermo de los nervios", y muchos casos de trastornos de ansiedad y enfermedades depresivas son tratados inadecuadamente por ignorarse quien es el médico especialista en ellas. El desconocimiento del campo de trabajo y la metodología que emplea el psiquiatra hacen también que a veces se les atribuya poderes especiales y se les mire con desconfianza y temor. "¿No me irá a encontrar que estoy loco?", "¿Me puede psicoanalizar (o hipnotizar) contra mi voluntad?", "¿No me vaya a internar?".

Es en la locura donde la mayoría de la gente en nuestro país cataloga a la Psiquiatría con su mayor identidad. "¿Estoy tan mal (o tan loco) como para ver a un psiquiatra?". Si bien esto asegura que las personas que presentan una Psicosis sean derivadas al especialista indicado, la visión que se tiene es que los tratamientos psiquiátricos son inefectivos y que la locura persistirá sin modificaciones de por vida. Afortunadamente, aún persiste en nuestra sociedad, especialmente en los sectores de menores recursos, una alta aceptación pasiva de la persona con enfermedad mental severa invalidante, que aunque no favorece una integración social plena tampoco presiona muy fuertemente por reclusión en instituciones.

En el campo de la Medicina, la Psiquiatría aún no logra graduarse como una especialidad de la misma estatura que las demás. La formación del médico general contempla un menor tiempo curricular en Psiquiatría que en países desarrollados, y en su práctica profesional tiene habilidades insuficientes para diagnosticar y tratar las enfermedades mentales de baja complejidad. Los médicos no psiquiatras, salvo contadas excepciones, no sienten la necesidad de incorporar Servicios de

Psiquiatría a los Hospitales Generales, ya sean públicos o privados, y en la mayoría de los casos ven la presencia de personas con enfermedades mentales en estas instituciones como un peligro para los otros pacientes.

La insuficiente identidad pública de la Psiquiatría en Chile se expresa también en las Sociedades Profesionales, donde los psiquiatras se diluyen ya sea con especialistas biomédicos en la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía o en la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia, o con profesionales de las ciencias sociales en la Sociedad Chilena de Salud Mental. No disponemos en el país de una agrupación corporativa que proyecte a la sociedad la riqueza de la Psiquiatría en su amplia comprensión biosicosocial de la enfermedad mental, y los notables avances que se han producido en la eficacia de sus tratamientos en los últimos años.

RECURSOS QUE HA DESTINADO LA NACIÓN A LA PSIQUIATRÍA

Al revisar la historia de la salud pública chilena se puede constatar que si bien, en distintas épocas, se han efectuado diagnósticos apropiados sobre las necesidades de servicios de Salud Mental y Psiquiatría, junto con propuestas de alta calidad técnica para su solución, de acuerdo a los conocimientos disponibles en ese momento, las decisiones no han pasado de los papeles a la acción, salvo en experiencias aisladas, que por su mismo carácter parcial han destruido la lógica sanitaria con la cual fueron formuladas. Valgan los siguientes tres ejemplos para ilustrar lo señalado:

- En la primera mitad de este siglo se crea el Sanatorio Open Door con el objetivo de favorecer la rehabilitación laboral de los pacientes psiquiátricos, y se decreta que un establecimiento similar se implementará en cada cabecera de provincia (3). A pesar de las buenas intenciones, solamente se puso en funcionamiento un establecimiento en el país.
- A mediados de este siglo, y dentro del estilo de desarrollo exitoso de la salud pública del Servicio Nacional de Salud, se proyectó la creación de Servicios de Psiquiatría en cada uno de los principales Hospitales Generales, favoreciendo la integración de la especialidad con el resto de la Medicina que venía ocurriendo en otros países. Sin embargo, hasta la fecha solamente se han creado 11 de estos Servicios,

y 4 de ellos a varios kilómetros del edificio principal del Hospital, sin lograr la integración con la Medicina que se pretendía.

- En 1993 se formulan las Políticas y Plan Nacional de Salud Mental, las que son aprobadas como norma para los Servicios de Salud por el Sr. Subsecretario de Salud Dr. Patricio Rojas y oficializadas por Resolución del Sr. Ministro de Salud Dr. Julio Montt. No obstante lo anterior, sólo se destinan anualmente para su implementación, como recursos frescos, poco más de mil millones de pesos, lo que representa el 0,12% del total del presupuesto público de salud, y que alcanza escasamente para el cumplimiento parcial de algunos de los objetivos planteados.

Al comparar los recursos que actualmente se destinan a psiquiatría y salud mental en el sector público chileno con los que mencionamos previamente se disponían en España antes de la Reforma, se pone en evidencia la pobreza de nuestra Psiquiatría. Para las 8.400.000 personas beneficiarias del sector público de salud se cuenta con 2.014 camas (0,24 por 1.000 habitantes en vez del 1,4 de España), de las cuales 56% son de larga estancia (80% en España), y el presupuesto destinado a psiquiatría y salud mental representa el 1,2% del presupuesto total de salud (7,6% en España). No disponemos de información cuantitativa sobre los recursos que se destinan a la especialidad en el sector privado; sin embargo, es de todos conocida la escasa cobertura que tienen los Seguros de Salud para prestaciones psiquiátricas ambulatorias y en hospitalizaciones.

CONCLUSIONES

De manera similar a Antonio Cortés, el cual desde la visión global de nuestra sociedad plantea la escasa viabilidad política, social y económica de una Reforma Psiquiátrica en Chile, el análisis realizado en este artículo, mirando desde el interior de la Psiquiatría, nos lleva a concluir que la insuficiente identidad lograda por nuestra especialidad y los magros recursos que se han destinado a ella hacen muy poco viable una Reforma en este país. Desde los antecedentes aportados, se podría plantear en cambio que el desafío central para nuestra Psiquiatría es alcanzar un estado de desarrollo más avanzado, que pueda responder de mejor manera a las necesidades actuales de nuestra población.

Es un imperativo ético que el crecimiento del país garantice la accesibilidad a tratamiento psiquiátricos efectivos a las personas que los necesitan, para aliviar dolor personal y de sus familias. Es, al mismo tiempo, un imperativo económico, porque el aumento de la productividad asociado a la mejoría de enfermedades mentales o a la disminución de la intensidad de sus síntomas contribuye al desarrollo del conjunto de la sociedad. Recordemos que las enfermedades mentales son responsables del 15% del total de años de vida saludables perdidos por enfermedad en Chile, a causa de muerte prematura o invalidez, y que esto se traduce en una pérdida económica de aproximadamente 718 mil millones de pesos solamente por concepto de menor productividad.

Aumentar la accesibilidad de las personas con enfermedades mentales a los tratamientos apropiados requiere incrementar progresivamente la proporción del gasto público en salud que se destina a este fin, del 1,2% actual a una cifra cercana al 10%, tal como ha ocurrido en Canadá, Estados Unidos y muchos países europeos en los últimos 30 años. Un aumento similar debe ocurrir en los Seguros de Salud, mejorando la calidad y canti-

dad de las prestaciones psiquiátricas incluidas en sus beneficios.

Junto con los recursos que se destinen a la especialidad se requiere posicionar en nuestra sociedad el rol de la Psiquiatría y los métodos que utiliza, y consensuar un modelo de atención basado en la evidencia y que garantice una alta costoefectividad. Con respecto al modelo, en los últimos años se ha alcanzado una elaboración conceptual de redes de servicios clínicos de psiquiatría y salud mental que, en sus aspectos generales, ha alcanzado amplia aceptación en los equipos profesionales del sector público, y que puede servir de base para futuros desarrollos.

BIBLIOGRAFIA

1. Desviat, M. "La Reforma Psiquiátrica", Ediciones Dor, Madrid 1994.
2. García, J.; Espino, A.; Lara, L. (eds). "La Psiquiatría en la España de Fin de Siglo", Ediciones Díaz de Santos, Madrid, 1998.
3. Medina, E. *Rev. Psiquiatría*, Vol. VII: 343-360, Chile (1990).