

CARTAS AL DIRECTOR

Sr. Director:

Si tuve que superar mi estupor, ante la anterior carta publicada por los Dres. Trujillo, Yanes y González, promovido por sus propuestas de integración de la atención a la Salud Mental como un Servicio Hospitalario más, por los riesgos que, desde mi perspectiva, dicha propuesta comporta para el modelo comunitario, en la medida en que hacían dejación expresa de las especificidades necesarias para la atención al sufrimiento mental desde un paradigma propio, ahora he de sobreponerme a la decepción que me produce el bajo nivel argumental y teórico de sus respuestas para animarme a contestarles.

Ante lo abrupto de sus réplicas, que quiero atribuir a que pudieran haberse sentido interpelados en lo personal, quizá porque entendieran algún término, irónicamente empleado por mí, como desconsideración, vayan por delante mis disculpas y mi reconocimiento a la decente trayectoria profesional que, me consta, desarrollan.

He leído detenidamente, con el mejor ánimo inicial, las tres contestaciones, buscando en ellas argumentos teóricos que desbarataran o rebajaran la línea de pensamiento que planteaba en mi escrito y, salvo declaraciones parciales dirigidas a una defensa normativa y estratégico-asistencial de sus propuestas, amén de la que hacen de las bondades del modelo médico que, dicho sea de paso no ataqué, no he encontrado elementos argumentales que refuten la lógica que componen mis planteamientos.

No critican, ni postulan definiciones alternativas, como cabría esperar y de hecho se mantienen desde otros paradigmas (fenomenológico descriptivo, sistémico, conductal, biológico,

ateórico,...), a la acotación que recojo de objeto epistémico, al continuum entre Psicología y Psicopatología, a la Psico(pato)logía como base teórica de la Psiquiatría, ni a ésta como conjunto técnico heteróclito, ni a la continuidad entre teoría y praxis, ni a la necesidad de una organización asistencial, para el modelo comunitario, que mantenga un carácter centrípeto entre sus niveles,...; aceptan y no hacen una sola refutación de los elementos teóricos básicos, fundamentales, que constituye mi exposición.

Sí critican, con vehemencia, la propuesta, coherente con la lógica interna de lo que, hasta ese momento han aceptado, de operar como subsistencia sanitario específico.

Me temo que con mi propuesta, tan radical como argumentada, he nombrado “la bicha” y que debo haber incurrido en algo “políticamente incorrecto”, extemporáneo e incómodo, a tenor del tono de sus respuestas, para los tres expresidentes, en su pretensión de presentar un modelo de integración, “sin hechos diferenciales”, como expresión del pensamiento único y uniforme de los profesionales de la Salud Mental de Andalucía.

Expresada mi decepción por la ausencia de crítica, que pudiera enriquecer o corregir los fundamentos de mi escrito, paso ahora a contestarles, más pormenorizadamente, a sus argumentos contrarios.

El Dr. Trujillo, en su contestación, no va más allá de la defensa de una supuesta independencia entre el nivel organizativo, estructural, de las Instituciones y los fines, las funciones, de las mismas; mi argumentación es contraria y entiendo que se debe dar, y de hecho se da en la realidad, salvo que la Institu-

ción esté enferma, como Tosquelles, I. Menzies, Jaques o Foucault, desde distintas perspectivas describieron una coherencia, una continuidad entre niveles. Los ejemplos son evidentes, no se dota de la misma estructura organizativa, en función de sus diversos fines derivados, a la par, de funciones sociales distintas, un cuartel de caballería, que un centro penitenciario, que la redacción de un periódico, que un convento, que...; los diferentes fines institucionales obligan a estructuras funcionales distintas.

Aceptada, por el Dr. Trujillo, la mayor en mis argumentos, la conducta relacional significativa como objeto de la Psico(pato)logía y de la Psiquiatría, lo que conlleva a una necesaria adscripción de estas disciplinas al ámbito de las llamadas Ciencias del Hombre, no entiendo sus dificultades para aceptar, también en lo organizativo, un modelo sanitario específico diferenciado del corpus doctrinal médico que, con independencia de que éste agregue postulados humanitarios y ético sociales a su praxis, dirige sus conocimientos teóricos al plano biológico natural, a la anatomía y fisiología, inscribiéndose entre las Ciencias Naturales.

Desde luego no “arreo” con los fundamentos, que no discute, los uso para intentar construir una teoría sobre las organizaciones asistenciales que provenga de la misma episteme y del mismo paradigma a fin de fortalecer la coherencia interna del modelo organizativo en que desarrollamos nuestros esfuerzos, convencido de que, con ello contribuyo a mejorar la asistencia que pueden recibir nuestros consultantes.

Este interés personal por aportar elementos provenientes del conocimiento

del ámbito específico de “lo mental” a la modalidad organizativa no es nuevo en mí y, en distintas publicaciones, ponencias y conferencias, he explicitado la utilidad de un modelo basado en el estado de la función vincular, relacional, interna, familiar y social, aplicado a la organización diferenciada de los distintos espacios asistenciales psiquiátricos.

Mi posición sobre los fundamentalismos y organizaciones sectarias ya fue expresada en el capítulo IX, “Bases fundamentalistas en las organizaciones asistenciales psiquiátricas”, publicado en el libro “En defensa de la tolerancia y crítica de los fundamentalismos”, editado por Euge, al que remito.

El Dr. Yanes inicia su réplica expresando lo que nos separa cuando habla de “las necesidades de los enfermos mentales”; no sólo para mí, con consenso generalizado, resulta difícil aplicar el concreto de “enfermedad” a los trastornos mentales, tanto que dicho término ha quedado excluido de las clasificaciones diagnósticas internacionales; creo que con su expresión induce, erróneamente, a una visión medicalizada, coherente con la propuesta que ya hacía, del sufrimiento mental.

Aduce las ventajas, de un modelo integrado como garante de una mejor calidad, para los consultantes y de una mayor implicación de los responsables sanitarios, sin embargo la experiencia real es que en aquellas Comunidades Autónomas en que la Salud mental opera como subsistema, las partidas presupuestarias destinadas a la atención a la Salud Mental, duplican o triplican, porcentualmente, dentro del gasto sanitario general, a las que se les

CARTAS AL DIRECTOR

dedica en aquellas otras Comunidades que operan desde un modelo integrado, generando con ello diferencias cuantitativas de recursos que, lógicamente, terminan traducándose en una mayor calidad para las organizadas como subsistema.

No estoy, por supuesto, por una vuelta al dualismo, pero sí por profundizar en el conocimiento de la relación que se establece entre los diversos niveles de la realidad; entre el nivel biológico y el nivel Psico(pato)lógico y entre ambos y el social, considerando que corresponden, los tres niveles, a fenómenos diferenciables y afirmando que el ámbito específico de la Psiquiatría es el Psico(pato)lógico, bien delimitado del biológico y del social.

Comparto su preocupación por la atención a los trastornos mentales severos; en el Vol.I Nº3, del 92, de la desafortunadamente desaparecida Maristán, junto con V. Hernández, en un artículo denominado "El itinerario del psicótico deje de recibir asistencia y pase a ocupar un lugar en un espacio plano donde sólo recibe albergue (los manicomios o los servicios sociales) o en un espacio negado socialmente (la mendicidad y la marginación") y donde proponíamos una estructura organizativa y funcional que paliara esa posibilidad.

El Dr. González plantea que "el modelo que tenga en la cabeza los profesionales" debe estar, en una sociedad democrática, "orientado por los objetivos reales de la política sanitaria", de ahí que no sea intrascendente que se defina un modelo "como un servicio especializado hospitalario más", que como una red de espacios asistenciales diversificados y específicos en sus funciones, bajo el concepto de Área, que, y ésta es mi

propuesta, como un conjunto de esferas asistenciales contenedoras que centrípetamente apoyen la tarea en el ámbito comunitario desarrollen los E.S.M.D.; lógicamente los objetivos reales de la política sanitaria serán diferentes y marcarán, como mínimo, tendencias en las actuaciones hacia atenciones cada vez más especializadas en el primer caso o más al apoyo de los recursos naturales de la población desde mi propuesta.

Los modelos organizativos, considero, en contra de vuestra posición, implican modelos conceptuales y de intervención; si no, ¿por qué consideramos inhumanos y técnicamente inadecuados los manicomios?. Las organizaciones humanas están influidas por lo que tenemos en la cabeza los profesionales y la sociedad civil.

Luego defiende arduamente cómo la medicina actual tiene presente los aspectos relacionados, cómo interviene multidisciplinariamente, cómo actúa comunitariamente...; no puse en cuestión nada de eso, ni siquiera lo trae a colación en mi texto; lo que sí planteaba, y mantengo, es la necesidad de todo eso para la asistencia a la Salud Mental, con independencia de que la medicina, la pedagogía, los servicios sociales o la justicia, también, y ojalá sea así, lo hagan.

Renuncio a las pompas y las obras del IASAM, pero me reafirmo en la necesidad de una organización específica, como subsistema sanitario, para la Salud Mental.

Septiembre de 2001
Fdo.; Dr. Rafael Herrera Valencia.