

Análisis del “Manual de Trabajo en Equipo” para la Psiquiatría Comunitaria.

Dr. Hernán Villarino¹

1.- Introducción

El presente artículo plantea una temática bioética aunque primariamente se aboca al análisis técnico de un manual de trabajo para los equipos de la psiquiatría comunitaria. Esto puede parecer paradójico, pero en el ámbito de la medicina no se puede catalogar de bueno éticamente aquello que a un tiempo no es técnicamente bueno. Es decir, como en cualquier otro campo de la acción humana no bastan las buenas intenciones, de modo que el análisis técnico precede a la deliberación ética. Por eso, creemos poder argumentar la pertinencia de nuestro enfoque y aspiramos a demostrarlo en el último punto de este artículo.

Técnico-científicamente la psiquiatría comunitaria se presenta a sí misma con un carácter de absoluto, lo que es preciso conocer y aquilatar, porque de allí derivan, a nuestro juicio, buena parte de los problemas que enfrenta. En efecto, uno de los textos clásicos de esta corriente (1), al definir el concepto de atención comunitaria, dice lo siguiente:

En esta definición se incluye nuestro punto de vista de que un moderno servicio de salud mental comunitario es una alternativa y no un elemento complementario de los modelos tradicionales, más orientados a la custodia y dominados por los grandes hospitales psiquiátricos y por las consultas externas de los hospitales, los cuales, para realizar el seguimiento, ofertan cuidados que a menudo se limitan al manejo de la medicación. En otras palabras, este libro discute un nuevo sistema de atención que debe estar destinado a reemplazar y no a complementar las instituciones del pasado. (pag. 41)

¹ Prof. de Bioética. Dpto. de Bioética y Humanidades Médicas, Campus Sur. Universidad de Chile.

En esta cita están contenidos dos de los tres o cuatro ingredientes técnico-científicos², por llamarlos de algún modo, fundamentales de la corriente comunitaria. Por un lado, una cierta visión de la historia, que difícilmente se sostiene con un escrutinio riguroso y desapasionado. Por su amplitud no podemos desarrollar ahora este tema, pero baste citar a Pinel, que a comienzos del siglo XIX creó la terapia ocupacional, para comprender que aquellas afirmaciones, cuando menos, son precipitadas. Pero lo más importante es su pretensión excluyente y monopólica, que depende de su errónea visión histórica, y según la cual no aspira a *complementar* sino a *reemplazar* radicalmente lo que la psiquiatría ha venido haciendo desde siempre. De acuerdo con este propósito se podría entender el proyecto comunitario como lo que Popper (2) llamaba ingeniería social, con todo el repertorio de dificultades que eso implica.

En la medicina, es fama que para *reemplazar* una cosa por otra se requiere de pruebas. En cualquier otra especialidad el que una corriente se propusiera no *complementar* sino *reemplazarlo* todo, íntegramente, supondría un ingente esfuerzo de fundamentación teórica y demostración empírica, nada de lo cual parece poder exhibir la psiquiatría comunitaria. Pero, por ventura, ¿no es esta última una afirmación gratuita de nuestra parte? Juzgue el lector. En primer lugar, en diversas ocasiones hemos planteado objeciones y dudas referidas a sus fundamentos teóricos (3,4,5,6), sin que sus representantes hayan considerado necesario responder. Ahora nos disponemos a analizar la columna vertebral del quehacer práctico comunitario: sus equipos, y queda por ver cuales serán los resultados.

La psiquiatría comunitaria, en todo caso, desde el año 2000, es una política pública. En esa fecha el MINSAL publicó el *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría* (7), que define la orientación comunitaria que la atención psiquiátrica tendrá en lo sucesivo en nuestro país. En la página 142 del mentado Plan, y refiriéndose a los equipos de salud mental y psiquiatría, se lee:

Las principales características de estos equipos son las siguientes

- *Multidisciplinaredad: La conformación de estos equipos con psiquiatras psicólogos, asistentes sociales, enfermeras, terapeutas ocupacionales, auxiliares y monitores expresa y permite abordar la complejidad biopsicosocial de la salud mental de las personas desde diferentes perspectivas, y disponer de una amplia gama de habilidades y formas de intervención*
- *Trabajo en equipo: la horizontalidad de las relaciones entre los miembros del equipo, y el aporte de los saberes y destrezas de cada profesión y de cada miembro, permite alcanzar diagnósticos y diseñar planes de acción integrales sobre la salud y la enfermedad mental de individuos y comunidades, realizando las acciones, tanto a través de los miembros del equipo con mayores capacidades para su ejecución, como a través de aquello que tienen un conocimiento más profundo y mayor proximidad cultural con la persona o comunidad a la cual están destinadas dichas acciones.*

² En otro trabajo (ver N° 3 de la bibliografía), hemos discutido las falacias que encierra el así llamado modelo biopsicosocial, que pasa por ser el fundamentos científico-técnico por antonomasia de la psiquiatría comunitaria.

Más adelante se menciona otra serie de características de estos equipos, como la sectorialización; la integralidad de las acciones; la continuidad del cuidado; la articulación con la atención primaria; el protagonismo de usuarios y familiares; la relación con otros sectores; el desarrollo profesional continuo y los incentivos que debieran tener.

Al final de nuestro escrito pondremos de relieve las ambigüedades teóricas y con ello las dificultades éticas que se derivan de las definiciones citadas. Pero ciñéndonos de momento al escrutinio técnico, ¿en que experiencias, estudios y evaluaciones se basan esa serie de afirmaciones y recomendaciones para el trabajo cotidiano de los equipos de psiquiatría de la atención secundaria? Por lo pronto, en el *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría* no se menciona ninguna bibliografía que pudiera servir de orientación. ¿Estamos acaso ante una improvisación? ¿O ante un experimento? Analicémoslo con cuidado.

2.- ¿Qué son los equipos de trabajo en la psiquiatría comunitaria?

Un fantasma ha recorrido la psiquiatría por luengos años, el célebre fantasma de los equipos comunitarios multi y transdisciplinarios. Lo cierto es que hasta hace muy poco no había una respuesta formal a la interrogante del título de este acápite, de modo que aunque se trabajaba en equipos nadie sabía que es lo que eso significaba propiamente, lo que como cabe esperar ha dado pie a toda suerte de malos entendidos. Pero en el 2009, y después de más de diez años de estar los equipos en práctica y pleno ejercicio, apareció un “Manual de trabajo para equipos de psiquiatría ambulatoria en el modelo comunitario de salud mental.” (8) Hasta ese momento, como decíamos, todo estaba en el aire en lo tocante a este asunto, había testimonios, recomendaciones, sugerencias, prácticas dispares, pero ninguna respuesta oficial. Sin embargo, con la escritura y el lenguaje, el trasnochado fantasma irrumpió en la historia, y como todo lo que es histórico se tornó terreno, áspero, compacto, estable y real, y en su nuevo espesor carnal pudo, finalmente, ser oteado, iluminado e investigado.

3.- Los manuales en general

Un Manual, del tipo que sea, transmite un saber ya conocido. Lo hace presentando la materia de un modo fácil y accesible, atingente y exhaustivo, pero sin grandes circunloquios ni profundidades. No porque esto sea inútil, ni mucho menos, sino porque no es este su lugar. Es que un manual es eso: algo para llevar en la mano, algo muy accesible, muy concreto y que da respuestas a las interrogantes que se plantea el que lo utiliza. Por eso, a los manuales también se los llama “compendios”.

El escribir un “Manual de trabajo para equipos de psiquiatría ambulatoria en el modelo comunitario de salud mental” supone la existencia de muchos textos, debates, argumentos, polémicas y experiencias previas sobre esa materia, cuyos resultados el manual pone a la mano compendiadamente. Así, por ejemplo, un manual sobre terapias de grupo pone a la mano lo esencial de un saber que es muy vasto, incluso incognoscible para un solo hombre. Un manual, cuando es bueno, entrega al neófito un saber comprimido y expone algunos asunto debatidos, aunque no muy profundamente. Al que sabe, en cambio, le permite recordar una vez más, como si fuera alumbrado por un rayo, lo que ya sabe.

Sin embargo, cuando se lee la bibliografía de este Manual, excepto un escrito, “Equipos de Psiquiatría Comunitaria. Manual de Procedimientos”, que dicho sea de paso es un borrador de no más de tres hojas, no hay ningún otro texto específico sobre el tema. Todo lo demás tiene que ver con la psiquiatría comunitaria en general.

Pero aquí tampoco la bibliografía es exhaustiva, porque no hay referencias ni se consigna el trabajo de ningún autor crítico con ella. Este último dato despierta la sospecha de sesgo y falta de objetividad en la elaboración, porque en el ámbito de la ciencia y el saber no se deben ignorar los contra argumentos y objeciones a lo que uno piensa, antes bien, se deben responder. Así, por lo menos se evita la duda que surge en el lector de que en realidad no haya respuestas, o peor aún: que ciertas ideas sean intocables.

La bibliografía, tal como está, llena de referencias a declaraciones de la OMS y comunicados ministeriales, que tampoco tienen mucho que ver con los equipos comunitarios, no pareciera hacer posible ni necesario escribir un manual. Desde luego, allí donde se cita sólo un texto específico sobre aquello que versa, realmente un manual resulta superfluo.

4.- Presentación del Manual

Primeramente se advierte que el *“presente trabajo pretende ser una guía útil para el desempeño de los equipos de psiquiatría ambulatoria de nuestro complejo asistencial, y ojala de otros servicios (8).”* Pero, ¿qué significa “desempeño”? desde luego, un manual de psicoanálisis pretende ser una guía útil para el desempeño del psicoanalista (y todo el mundo tiene alguna noción previa de lo que eso significa), es decir, para que sepa como hacer su trabajo, y para que lo haga bien según los conocimientos y la experiencia más actualizada. Eso se sabe antes de leerlo, eso es lo que uno espera y por eso lo compra. Pero por todo lo que llevamos dicho, qué significa desempeño en los casos de los equipos ambulatorios de salud mental no es tan claro. La ausencia de bibliografía específica es testimonio de ello.

Lamentablemente, al seguir leyendo este asunto tampoco se dilucida completamente, porque aunque dice que *“Se basa en la experiencia histórica de nuestro Servicio de Psiquiatría” (8)*, no aparece ninguna referencia a la “Jornada de Evaluación 2006”, (9) realizada justamente en el Servicio donde tiene origen el Manual, que además es el Servicio pionero y el área de demostración nacional de la psiquiatría comunitaria. Pues bien, en aquella “Jornada de Evaluación” se recogió y evaluó una experiencia histórica de varios años en el tema de los equipos comunitarios, y se concluyó que se trataba de un asunto ambiguo y poco nítido. Pero, ¿por qué no se lo cita? ¿Es que la *praxis* y el juicio ajeno no cuentan nada? Si la bibliografía levantó la sospecha de sesgo en el tratamiento del asunto, esta nueva carencia despierta la duda de que aquello de lo que se habla es irreal, que no da cuenta de la realidad tal como aparece a un observador imparcial o a un protagonista de esa historia a la que se alude.

5.- El esquivo objeto del Manual.

Se agrega más adelante que en el Manual también *“se revisa las experiencias de aplicación del modelo comunitario de salud mental en diversos países del mundo” (8)*. Pero el Manual no trata de eso sino de los equipos comunitarios, al menos eso dice

el título. Un manual debe tratar compendiadamente aquello a lo que se aboca, ¿Por qué incluir este tema y no otros? ¿No da pie para sospechar que en su elaboración rige cierta arbitrariedad? En un manual, ¿puede uno hablar de lo que quiera o debe ceñirse a aquello que dice el título?

Posteriormente, leemos que con él se *“intenta avanzar en la discusión profunda del quehacer cotidiano, sus logros y tropiezos, fortalezas y debilidades, exigencias y gratificaciones”* (8). No obstante, lo que intenta hacer avanzar lo que sea en cualquier terreno es la investigación. Un manual supone un saber bien afianzado que él no hace más que replicar y presentar de modo accesible.

En esta tarea enorme, se agrega, *“no hay lugar para odiosidades ni divisiones artificiales... no somos “comunitarios” o “clínicos”, ya que... Todo está incluido: desde los últimos avances en neurociencias hasta los valiosos aportes del saber popular”* (8). Es extraño lo que dice, como si hubiera un ruido de fondo, una sombra de sectarismo e intolerancia que quiere ser ahuyentada con esa frase, pero como no se hace cargo a fondo del asunto tampoco se termina de despejar y queda sonando de un modo molesto. ¿Por qué no se entró más y mejor en este tema? Su mera enunciación deja todo en el aire, y al neófito, sobre todo, lleno de dudas, lo que no es bueno ni para un manual ni para el neófito.

Sin embargo, el sólo hecho de pronunciar aquella frase, permite, en medio de la bruma, avizorar una realidad indesmentible. En tanto la psiquiatría comunitaria pretende *reemplazar* y no *complementar* el trabajo de la psiquiatría, allí donde se instala desencadena siempre una feroz e inútil pugna con todo lo que ella misma llama *“custodial”* (10). Pero en tanto no se trata de un concepto definido sino de un slogan, en lo custodial cae lo que uno quiera que caiga, de modo que lo que diga cualquiera puede ser desacreditado con el simple expediente de tildarlo de ese modo. De allí la inevitable disputa que se suscita en estos servicios entre *“clínicos”* y *“comunitarios”*, o mejor dicho: entre los comunitarios, el resto del mundo y el pasado íntegro de la humanidad, que es lo que en dicha frase se transparenta aunque pretendiendo negarlo o atemperarlo. Por lo demás, este es un problema muy típico, verificado mil veces, en los proyectos de ingeniería social, como lo comprobó Popper.

En la bibliografía no hay ninguna referencia a textos de neurociencias ni del saber popular que se han mencionado más atrás. La verdad es que no se acaba de ver su conexión con un *“Manual de trabajo de equipos de psiquiatría comunitarios”*. ¿O es que las neurociencias y el saber popular han echado alguna luz sobre este asunto?

A mayor abundamiento, qué parecería que un manual de cirugía dijera lo siguiente: *“Nadie está excluido: desde el más destacado académico, con su misión vital de desarrollar investigación y formar a los nuevos profesionales, hasta la mujer que trabaja en casa, a cargo de la crianza de gran parte de nuestros ciudadanos, responsable implícita de los fundamentos de la buena salud física infantil”*. Pero eso es lo que se ha consignado en el Manual. Cámbiese donde dice físico por psiquiatría o salud mental y se verá que es lo mismo. ¿Es que la mujer que está en casa criando a sus hijos es parte del equipo de trabajo de la psiquiatría comunitaria? ¿Debe leer ella también el Manual? ¿A quien está dirigido el Manual entonces? ¿No se debiera escribir pensando en los que han de estudiarlo, juzgarlo y utilizarlo?

6.- Los antecedentes del Manual

El texto pretende ser un manual de trabajo para los equipos de psiquiatría ambulatorio, por eso cabe esperar una exposición, descripción y eventualmente alguna discusión sobre las técnicas actuales con que se trabaja en estos equipos además de otra serie de cuestiones anexas. Sin embargo, la Presentación, que discutimos en los puntos anteriores, no nos aclaró mucho. Veamos entonces los antecedentes.

Los “Antecedentes” del Manual (8) que comentamos no comienzan con lo relativo al trabajo en equipos sino con una referencia a la comunidad, a lo que la comunidad es y a lo que significa. Es decir, se desarrolla en primer lugar lo que va en el último lugar en el título del manual. No se habla directamente, ni en primer lugar, no se habla nada, en realidad, del sujeto del manual, que es “el trabajo de los equipos de psiquiatría”, sino de su complemento de lugar: en la comunidad. Y comunidad, se dice,

Significa todas las formas de relación humana que se caracterizan por un elevado grado de intimidad personal, profundidad emocional, compromiso moral, cohesión social y continuidad en el tiempo. Su arquetipo es la familia...

El concepto de comunidad está caracterizado por tres elementos. Pertenencia: sentirse parte de e identificado con. Interrelación: comunicación, interdependencia e influencia mutua de sus miembros. Cultura común: existencia de significados compartidos. (8)

Pero aparte de lo curioso y sintomático que es considerar a la familia como el arquetipo de la sociedad, lo cierto es que un enfermo grave de Alzheimer, por ejemplo, ni se siente parte de nada, ni se comunica conscientemente, ni comparte significados, pero es parte de la comunidad, o al menos eso parece. Muchos otros enfermos, incluidos algunos esquizofrénicos, están en parecida situación, pero tampoco por ello dejan de pertenecer a la comunidad. Con un concepto como este en realidad no se podría hacer medicina tal como se la ha entendido estos últimos 2.500 años.

A continuación se exponen las diez recomendaciones que hace la OMS a los gobiernos para que las desarrollen de cara a la carga global de enfermedades, en cuya generalidad cabe casi todo lo que a uno se le pueda ocurrir, es decir, tanto una cosa como su contraria, y que orientan muy tenuemente, o en nada, un manual de trabajo de equipos comunitarios.

Por último, se considera la frecuencia de los problemas de salud mental; la necesidad de que el médico general este preparado para enfrentarlos; la relevancia de los servicios de atención primaria, etc., todo lo cual es muy interesante, cabe analizarlo de diferentes maneras y enfrentarlo de muy distintos modos, pero que no echa sino una luz muy indirecta respecto al asunto del manual.

7.- Las experiencias extranjeras con los equipos comunitarios de atención

Se detiene el Manual, posteriormente, en un texto sobre la organización funcional de los Equipos de Salud Mental del Distrito, del Servicio Andaluz de Salud. Aquí pareciera que se está entrando en materia. Ha habido muchos preámbulos pero alcanzamos finalmente el hueso: la organización funcional de los equipos. Sin embargo, los andaluces, al tenor de la cita, lejos de responder o indicar nada lo que hacen es anunciar los retos que enfrentan los equipos de psiquiatría comunitaria, cuya nómina es casi infinita. Los cito textualmente:

“Desarrollar estructuras intermedias; crear y desarrollar dispositivos rehabilitadores en la comunidad; priorizar la atención sanitaria y compatibilizarlo con el derecho de atención sanitaria general; definir nuevas funciones del trabajo interdisciplinario y elaborar protocolos de trabajo; mejor coordinación red sanitaria y social; formación en habilidades relacionales del personal sanitario sobrecargado; diferenciar en lo posible lo ideológico de los beneficios de las actuaciones comunitarias; desarrollar formulas para el manejo de conflictos y mayor coordinación; coordinación sanidad-justicia-policía, etc.; mayor apoyo socioeconómico y de los servicios sanitarios a las familias y el desarrollo de competencias en las mismas; inserción en los medios de comunicación de informaciones correctoras; desarrollo de programas de prevención primaria. (8)

Es altamente conveniente y oportuno el consejo de *“diferenciar en lo posible lo ideológico de los beneficios de las actuaciones comunitarias”*. Sin embargo, ¿se atiende el Manual a sus propios presupuestos y recomendaciones? ¿Se sortean los peligros que el mismo advierte? Al fin de cuentas, ¿son esas tareas que cabe razonablemente plantear a un dispositivo de asistencia secundaria inserto en un hospital?

No obstante, cualquiera sea la respuesta a lo anterior, ¿cómo se hace todo eso? ¿Cómo lo han hecho ellos, los andaluces, por ejemplo? Un reto es lo que uno tendría que hacer pero no sabe bien cómo. Es un desafío que a uno lo pone a prueba y no una respuesta establecida y codificada frente a problemas estereotipados, que es lo que brinda un manual. Por lo demás, ¿qué pasa si los andaluces fracasan frente a tantos y tan dificultosos asuntos sin componer que tienen planteados? ¿Puede uno estar seguro que solucionarán todo? Se podría hacer un manual cuando los hayan hecho exitosamente, y entonces puedan mostrar cómo es que lo han hecho para que sirva de guía a los demás.

Son demasiadas las tareas pendientes a las que alude el Manual, y excesivas las dudas, interrogantes, envites, lances sin resolver, etc., generados a partir de recomendaciones que expresan intenciones pero no investigaciones ni experiencias, al menos eso se deduce de la bibliografía. Hay mucho por hacer aún. Pero es bueno haber traído a colación las ocurrencias de los andaluces, siempre tomados como modelos por los psiquiatras comunitarios nacionales, porque no es verdad que en el extranjero hayan resuelto las ambigüedades e incertidumbres de esta disciplina. Son las mismas que acá.

8.- El rendimiento laboral y las tareas planteadas a los equipos comunitarios

En torno al rendimiento laboral, las pretensiones del Manual parecen realmente extraordinarias: *“Las horas semanales de cada profesional contemplan al menos un 30% para trabajo administrativo (reuniones clínicas y administrativas, registros, capacitación, etc.)”* (8) ¿En que otra especialidad, en que otro trabajo sanitario, público o privado, se aceptaría que el personal especializado gastara el 30% de su horario en cuestiones administrativas? ¿No interesa para nada la rentabilidad? Con el mismo gasto que implica la comunitaria, ¿no se podría dar forma a un sistema menos oneroso y despilfarrador, más centrado en el paciente y sus necesidades de atención que en el personal que lo atiende? En todo caso ¿cómo se justifica todo esto? ¿Qué diríamos de un manual de cualquier otra especialidad o profesión relacionada con la medicina donde se dijera que el especialista debe tener un 30% del horario dedicado a cuestiones

administrativas? ¿No debiera justificarse muy bien? ¿De donde se sacaron esas cifras? ¿De qué estudios bien diseñados, discutidos y contrastados?

Por otro lado, “*Dentro de las horas de atención directa se incluyen todas las actividades relacionadas con la atención al usuario (Visita de salud mental, actividades comunitarias, consulta telefónica, consultorías, etc.)*.” (8) O sea, además hay que restarle a la atención, que es sólo el 70 % del horario, el tiempo dedicado a todas estas otras actividades. No se olvide que estamos analizando equipos de atención insertos en el nivel secundario de atención, es decir en el nivel hospitalario, clínico y terapéutico. Pero con estas especificaciones, ¿les quedará tiempo para ver algún paciente? Ese conjunto de actividades que se detalla no son tradicionales, y ocupan más de un 30% del horario de un equipo, de modo que, a nuestro juicio, requieren ser bien descritas, meditadas y justificadas en un manual de trabajo.

Dado la índole del Manual se echa en falta una franca acometida a los siguientes temas: “*la visita de salud mental*”, las “*actividades comunitarias*”, la “*consulta telefónica*”, las “*consultorías*”, etc. ¿Cómo y quienes la realizan, cual es el mejor modo de hacerlo? ¿En qué consisten? ¿Qué problemas podría uno encontrar en su ejecución y cómo dice la experiencia que deben sortearse de acuerdo con investigaciones *ad-hoc*? Lamentablemente nada de esto está dicho.

No habría estado demás apuntar los problemas éticos de la consulta telefónica y de las consultorías, y la forma de encararlos y resolverlos en esta época donde aquellos asuntos cobran cada día más importancia. Tampoco se dice nada de esto, a pesar de que es un manual que debiera compendiar esta valiosa información. Desde luego, no hay ningún texto de bioética psiquiátrica en la bibliografía.

9.- Los principios básicos de funcionamiento de los equipos comunitarios de psiquiatría y salud mental

A renglón seguido se definen los principios básicos del trabajo de los equipos comunitarios:

Responsabilidad sobre la población asignada que abarca todo el ciclo vital; territorialización de la asistencia, enfoque multidisciplinario, continuidad de los cuidados, tratamiento próximo al paciente, siendo la atención primaria el eje de la asistencia, servicios globales en red, participación y responsabilidad de la comunidad en el cuidado de la salud mental. (8)

No creemos que esto sea impertinente, pero de lo que no caben dudas es que es inespecífico. Un manual de ginecología podría apelar a los mismos principios que este enumera, lo mismo ocurre con los niveles de atención primario, secundaria y de alta complejidad. Pero ¿qué es lo específico de la psiquiatría comunitaria?, y, sobre todo, ¿qué rol le cabe en ello a cada uno de los miembros del equipo y cómo deben hacerlo? Aún no lo sabemos.

10.- Lo que un equipo comunitario debiera saber para poder funcionar

Uno de los aspectos más notables de este texto es lo que se denomina “*Diagnóstico comunal*.” Un equipo, dice el Manual, debe contar con la siguiente información mínima para planificar sus actividades, (reproducimos textualmente):

Datos de la comuna: población total por grupo de edad; población beneficiaria usuaria del sistema público de salud; estratificación socioeconómica (CASEM); autoridades comunales; plan de desarrollo comunal; programas gubernamentales existentes (ej., Puente); medios de comunicación locales; información epidemiológica; factores de riesgo; perfil de usuarios del equipo de APS; organizaciones sociales; accesibilidad geográfica; observación directa del equipo. Estimación de la demanda: de acuerdo a estudios epidemiológicos nacionales; de acuerdo a demanda histórica generada desde los otros dispositivos sanitarios hacia el nivel secundario; elaboración de mapa epidemiológico. Estimación de la oferta: recurso humano disponible (incluye personas voluntarias capacitadas y recurso humano de servicios afines para desarrollo de tareas intersectoriales); recurso humano necesario; brecha de RRHH. (8)

No podemos repetirlo todo, solo recordaremos los títulos de aquella *información mínima* que requiere un equipo para planificar sus actividades: “Dispositivos sanitarios comunales”; “Dispositivos residenciales”; “Dispositivos de rehabilitación e integración”; “Organizaciones de usuarios y familiares”; “Organizaciones sociales afines”. Pues bien, este es un manual de trabajo pero no queda claro quién debe conseguir y actualizar esta información dentro del equipo, ni tampoco cómo se consigue ni cual es su utilidad.

Pero si esta es la *información mínima* que debe tener un equipo para planificar su actividad, dudamos entonces que en Chile y quizá en el mundo haya ningún equipo comunitario ni experiencia alguna real en este asunto. Dificulto que se conozca a las autoridades comunales, por ejemplo. Además, ¿cuáles autoridades, concretamente, son las que hay que conocer? ¿Para qué debieran ser conocidas? Del mismo modo, sospecho que ningún equipo tiene noticia de los medios de comunicación local o de la accesibilidad geográfica, si es que esto último tiene un significado distinto de la trivialidad de que uno debe saber donde trabaja y cómo ha de llegar ahí.

11.- La equívoca estructura democrática de los equipos comunitarios

En la Organización y funcionamiento del equipo se dice que la horizontalidad es básica. Pero, ¿que significa? ¿Cómo se materializa? ¿Cuáles son las experiencias con este tema y cuales han sido sus resultados? No hay nada dicho aunque con ello se modifique toda la estructura, toda la lógica y el Derecho Administrativo imperante en nuestro país y en los Servicios reales donde opera la psiquiatría comunitaria, lo que no puede sino ser el origen de tensiones innecesarias y hasta de arbitrariedades.

Respecto tanto del Coordinador o Jefe de equipo como del Coordinador Externo tampoco se dice qué conocimientos debe tener, en que consiste exactamente su tarea, si debe hacerlo un profesional en particular, etc. El autoritarismo es un fastidio, pero la designación por consenso de las personas responsables en un equipo profesional heterogéneo, tal como se establece en el Manual, tiene sus propias dificultades, sus riesgos de autoritarismo, sus posibilidades de manipulación etc., problemas todos, que aunque posibles *a priori* y efectivamente verificados *a posteriori*, no se exponen ni discuten, como si la designación por consenso se tratara de una panacea.

En todo caso, ni la experiencia, ni el conocimiento ni ningún criterio habitual, legítimo y consagrado, parecen jugar un rol fundamental en la constitución y marcha

de estos equipos. Sin embargo, están al servicio de personas que necesitan técnicos con conocimientos y no un personal que elija estar cómodo o a gusto en sus opciones, y hasta en sus eventuales prejuicios. ¿En que estudios se basa el Manual para dictaminar estas tremendas mutaciones? Nada hay en la bibliografía.

Desde luego, este no parece ser este un sistema administrativo ni objetivo ni justo. Por lo pronto es incoherente. ¿Por qué no se propone que todas las autoridades del Servicio se elijan por consenso? ¿Por qué algunos hacen sus carreras basados en la antigüedad y, aparentemente, en los méritos y el conocimiento mientras otros quedan librados al consenso? ¿Por qué no hay reglas comunes para todos? ¿Por qué las autoridades del Servicio no ponen su cargo de Jefes a elección popular si están convencidos que es el mejor sistema y no vacilan en imponérselo a los demás?

12.- Generalidades y propósitos como sustento del manual

Al resto del Manual de algún modo se le pueden hacer las mismas observaciones que hemos hecho a la psiquiatría comunitaria en otros trabajos, de modo que no vamos a repetirlas. Nos parece que para ser un Manual de trabajo es muy vago, muy sesgado, sin ninguna apertura a exponer y discutir los temas con pluralidad y cierta profundidad adelantándose a las objeciones; a reconocer y consignar que existen otras posturas; a fundamentar las propias; a ilustrar con experiencias y a basar las afirmaciones en estudios serios y no en declaraciones de la OMS o fuentes por el estilo. De todos modos quisiéramos brindar un ejemplo para justificar lo que se dice previamente.

Una de las tareas que tiene que cumplir el equipo de psiquiatría comunitario es el de promover la salud mental de las personas beneficiarias “*de nuestro Servicio de Salud*” (8), y potenciar la prevención de los trastornos mentales. Como línea de acción para cumplir este cometido, se propone: “*Elaborar estrategias globales para la promoción de la salud mental en todas las etapas de la vida*” (8), pero no se dice nada de cuáles son esas estrategias, de por qué son las mejores, etc. Si en un manual de prevención de riesgos el autor aconsejara: “*Elaborar estrategias globales para la promoción de la seguridad en los andamios a cualquier altura*”, ¿habría resuelto las interrogantes suscitadas previamente? Desde luego no diría nada falso, en cambio, diría algo completamente inútil. Por eso, no me parece necesario comentar la extensísima nómina de obligaciones por el estilo que tienen los equipos, no hay en ello nada ni definido ni definitivo, se trata de enunciaciones generales sobre propósitos y deseos pero que no dicen ni informan de nada de aquello a lo que aluden.

13.- Algunos rasgos de la estructura lógica del Manual

En general, de los antecedentes puestos en el Manual, o no se derivan los consecuentes o no son necesarios. Es decir, dados los antecedentes se podrían también deducir otros muchos consecuentes; los que se invocan, como mucho, sólo son posibles; para ser necesarios les falta toda la cadena de silogismos, investigaciones, debates y polémicas que sirvieran para demostrar que la solución adoptada o es la única posible y/o es la mejor posible.

Así, por ejemplo, se dice que la acción preventiva en salud mental se orienta “*A disminuir el comportamiento violento; el abuso de alcohol / consumo de drogas; el aislamiento social / afectivo; los sentimientos de baja autoestima; la dedicación*

absorbente y competitiva a la actividad laboral / ausencia de intereses vinculados al esparcimiento.” (8) Pues bien, si esos son objetivos razonables para un dispositivo hospitalario de atención psiquiátrica hospitalaria, ¿quién ha demostrado tener una respuesta siempre eficaz frente a estos graves problemas? ¿Cómo lo hace la psiquiatría comunitaria y cuales son sus resultados? ¿No debiera exponer eso un manual de trabajo y no sólo enunciar los problemas y las metas?

14.- Los hábitos intelectuales de la psiquiatría comunitaria

Nadie tiene toda la verdad, pero si alguna de las objeciones planteadas, o quizá un par de ellas fueran razonables y acertadas, entonces permítasenos sacar un par de conclusiones respecto de este documento oficial de la psiquiatría comunitaria, que no parece atenerse a las reglas que impone su título ni seguir el camino tradicional que siguen los manuales, ni respecto de su estructura ni de sus contenidos. ¿Es que no hay controles de calidad en la psiquiatría comunitaria? ¿Es que en su horizontalidad no se producen debates? ¿No se corrigen mutuamente?

No quisiéramos ser malentendidos. Nos parece respetable el esfuerzo y el coraje por el trabajo realizado. El problema es que pareciera no haber un *logos* de la materia que trata, y que este hecho elemental, postulado públicamente con gran frecuencia, no haya podido ser argumentado, porque en la psiquiatría comunitaria no se acepta la discusión de nada que toque a sus principios. Como dijimos más atrás, todo aquel que ponga alguna de sus afirmaciones a debate, por principio pertenece al infame pasado “custodial”, por ende, es sospechoso, y en el fondo está desde siempre inhabilitado para decir algo. De allí el clima de profunda y abismática rudeza, desconsideración y descortesía que caracteriza a esta corriente.

15.- El carácter del Documento

Un documento oficial puede ser un *dictum* o un *logos*. Los dos tienen su valor, aunque el que prevalece es el *logos*. Un *dictum* dice que las NAC se tratan con penicilina 500.000 U. c / 6 hrs. Si eso dice el *dictum* eso es lo que hay que hacer. Pero, ¿por qué dice el *dictum* lo que dice? Porque detrás suyo hay un *logos* que explica qué es una neumonía y por qué se trata como se trata. Quien conoce el *logos* sabe cómo y cuándo aplicar el *dictum*, y también cuándo no debe aplicarlo. Quien conoce el *dictum* pero no el *logos* no puede ser un buen profesional.

En esto de los equipos comunitarios pasa lo mismo: tiene que haber un *dictum* y un *logos*. El *dictum* debe ser breve, tajante, y sin muchas argumentaciones ni antecedentes, pero no porque no existan sino porque hay que ir a buscarlas al *logos*. Pero si el *logos* no existe el *dictum* es pura arbitrariedad o ciego empirismo.

El *logos*, para ser *logos*, debe tomar en consideración la práctica real de aquello de lo que es *logos*. En este caso, por ejemplo, la experiencia real que hay con los equipos de trabajo en la psiquiatría comunitaria, como se han dado las cosas, como han funcionado, cuales han sido sus problemas, etc. Aunque escasos, hay documentos al respecto, que como dijimos no se usaron. Es que un *logos* y un *dictum* no son la manifestación de un deseo sino un hacerse cargo de la realidad, razonada e informadamente. Solo así se la puede reconducir. El *logos* y el *dictum* no deben ni pueden ser lo que yo quiero o creo que debe ser.

La psiquiatría comunitaria en general, y los equipos de psiquiatría comunitaria en particular, pareciera que carecen de un *logos*. No hay una amplia reflexión que los respalde sino declaraciones de la OMS, acuerdos de comisiones y cosas por el estilo. Los libros sobre la materia, aparte de escasos, suelen referir a esas declaraciones y acuerdos. Así se cierra un círculo donde la realidad casi nunca es investigada, ni siquiera rozada, todo se resuelve en intenciones y propósitos. La bibliografía del Manual es ilustrativa de estos asertos. O no existen reflexiones ni testimonios complejos, amplios, profundos sobre los equipos comunitarios, o no se entiende porque no se usan como referencia.

Por eso, hay en la psiquiatría comunitaria propósitos generales sobre como debieran ser las cosas pero no un hacerse cargo de la realidad y reflexionar sobre ella. Existe en ella una permanente confusión entre la clínica y la salud pública, entre la curación y la prevención, entre propósitos y realidades, entre posibilidades y viabilidades, en virtud de lo cual el único resultado palpable de su actividad es el colapso de la atención secundaria.

16.- La deliberación bioética a propósito del Manual comentado

Concluimos la Introducción preguntándonos si frente a los equipos de psiquiatría comunitaria no estábamos frente a una improvisación o experimento. Terminado nuestro periplo podemos decir que sí, que es frente a eso ante lo que estamos. El análisis técnico del Manual nos lleva irremisiblemente a esa conclusión, lo que de suyo suscita la reflexión ética. En la psiquiatría, la Bioética Clínica (11) ha alcanzado ya un cierto desarrollo. No obstante, por su carácter experimental, el problema de los equipos está así mismo ligado a la ética de la investigación (12). Por último, en tanto la psiquiatría comunitaria es una política pública, también se relaciona con la ética de la gestión y la asignación de los recursos. (13)

Desde la perspectiva de la ética clínica queremos destacar dos de entre los muchos problemas que plantean los equipos comunitarios. En primer lugar lo que toca a la relación enfermo-personal sanitario. Cuando la primera entrevista, según la norma de los equipos, la realiza el equipo en pleno, cuando las decisiones son siempre en equipo y cuando todo es discutido en equipo, entonces es muy probable que el paciente no pueda aspirar a tener una relación que resguarde su intimidad ni confidencialidad con ninguno de los miembros de tal equipo.

Ahora bien, si se asegura que también en los equipos se opera según la norma del respeto a la intimidad y el derecho a la confidencialidad, entonces, *ipso facto*, los equipos son un círculo cuadrado. Por lo pronto, así se entraría en contradicción con el plan nacional de psiquiatría, donde el trabajo en equipo “*permite alcanzar diagnósticos y diseñar planes de acción integrales sobre la salud y la enfermedad mental de individuos y comunidades, realizando las acciones, tanto a través de los miembros del equipo con mayores capacidades para su ejecución, como a través de aquello que tienen un conocimiento más profundo y mayor proximidad cultural con la persona o comunidad a la cual están destinadas dichas acciones*”. (7) Puesto que en los equipos no hay roles específicos sino que en cada caso se debe seleccionar al miembro con

mayor capacidad o cercanía cultural para la ejecución de una tarea³, la selección de este miembro⁴ supone que se ha de compartir toda la información entre todos, y quien se guarde algo viola los principios del trabajo en un equipo así concebido.

En segundo lugar, al actuar en grupo de este modo se desmorona la responsabilidad personal, individualizada y limitada a su función que cada profesional tiene con el paciente, y se cambia por una nueva relación equipo-paciente, donde el “equipo” de hecho es una ficción jurídica y por ende carente de responsabilidad. Este es el inesperado resultado al que se aboca quien no pretende *complementar* sino *reemplazar* de raíz una *praxis* histórica asentada, que como toda *praxis* es perfectible, sin duda, pero que no permite empezar de cero ni volver a fojas cero como se pretende con la ingeniería social. En el fondo, con los equipos, el paciente queda desamparado, ninguno responde a título personal de las medidas que con él se toman, y el equipo, por cierto, en tanto que ficción jurídica, no puede responder de nada⁵. Por otra parte, el paciente ni puede hablar ni puede acordar nada con ningún profesional, porque cualquier medida o compromiso primero debe discutirlo y aceptarlo el equipo⁶.

En lo tocante a lo segundo, un experimento con seres humanos, máxime si son enfermos mentales, a los que en Bioética se considera un caso de población vulnerable, debiera contar con la revisión y aprobación de un comité de ética de la investigación. Pero un experimento, que entre otros muchos cambios modificara sustancialmente la relación médico-paciente, o profesional-paciente, y que en el fondo más que un experimento incluso fuera una improvisación, toda vez que carece del soporte intelectual y empírico exigible a cualquier investigación en medicina, ¿cumplirá con los requisitos mínimos que exigen aquellos comités para aprobar un proyecto?

Finalmente, desde el punto de vista de la gestión y la asignación de recursos caben al menos tres preguntas. ¿Pueden los experimentos en el ámbito de la salud transformarse en políticas públicas? ¿Se gasta bien el dinero público con estos experimentos? (¿Existe, en otras palabras, alguna forma de evaluación?) ¿Cuáles son los criterios y procedimientos en virtud de los cuales se decide gastar el dinero público en estos experimentos y no en otros?

³ Y vaya a saber uno como es que eso se determina. Desde luego, no existen reglas para ello. Por lo demás, ¿qué significa “mayor proximidad cultural”?

⁴ Que por la falta de reglas, mencionada recién, se realiza en condiciones absolutamente azarosas y arbitrarias.

⁵ Un paciente, por ejemplo, no puede demandar a un equipo sino a cada uno de sus miembros, porque a diferencia de las profesiones el equipo como equipo carece y carecerá siempre de existencia legal. Pero cuando es uno el que responde a título individual, que es lo único que ha demostrado dar garantías al paciente de una buena práctica profesional, sin duda que uno se cuidará muy mucho de obrar según su conciencia y obligaciones, y de ningún modo aceptará que las tareas que debe cumplir y las decisiones que deba tomar estén supeditadas a la vaporosa e inimputable sanción de un equipo. Uno siempre se atendrá a la naturaleza del propio rol fijada por la ley, la historia, la reflexión y las costumbres.

⁶ El lector con una visión sobria y sin ilusiones respecto de la condición humana, calculará *a priori* el engorro burocrático de estos equipos, lo que confirmará *a posteriori* con el alto consumo de tiempo en cuestiones administrativas que ellos mismos se asignan, según se expuso en el punto 8 de este trabajo. Pero, también, entreverá y adivinará lo no dicho y pudorosamente callado, los formidables celos, suspicacias y riñas que en ese terreno movedizo e indefinible se han de despertar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Thornicroft, G; Tansella, M. *La matriz de la salud mental. Manual para la mejora de servicios*. Triacastela, Madrid, 2005.
2. Poppper, K. *La miseria del historicismo*. Alianza, Madrid, 1984.
3. Villarino, H. *La psiquiatría comunitaria: otra conceptualización*. Rev. GPU 2006; 2; 1. Santiago.
4. Villarino, H. *Psiquiatría comunitaria o razón comunicativa*. Rev. GU 2006; 2; 4: 482-491. Santiago.
5. Villarino, H. *Discusión sobre los problemas de información en la psiquiatría comunitaria*. Rev. De Psiquiatría y Salud Mental 2006Vol XXIII N° 3-4. Pags. Santiago.
6. Villarino, H. *Carta de Respuesta al Dr. Manuel Desviat*. Rev. GPU 2007; 3; 2. Santiago.
7. Unidad de Salud Mental del MINSAL. *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*. Santiago, 2000.
8. Vera, C. *Manual de trabajo para equipos de psiquiatría ambulatoria en el modelo comunitario de salud mental*. Doc. PDF. 2009.
9. Informe. *Jornada de Evaluación Servicio de Psiquiatría del CABL*. Doc. PDF. 2006.
10. Sepúlveda, R. *Reflexiones sobre la reforma psiquiátrica chilena y la necesidad de un sistema de información pertinente*. Rev. Psiquiatría y Salud mental, 2006, XXIII, N° 1 - 2:75-78. Santiago.
11. Santander, F. *Ética y praxis psiquiátrica*. Ediciones de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid, 2000.
12. CIOMS 2000. *Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos*. LOM, Santiago, 2003.
13. Bloch, S; Chodoff, P; Green, S. *La ética en psiquiatría*. Triacastela, Madrid, 2001.
14. Madariaga, C. *Psiquiatría comunitaria: apuntes para una conceptualización*. Rev. GU 2005; 1; 3. Santiago.
15. Gaete, J. *Nueva conceptualización crítica de la psiquiatría comunitaria*. Rev. GU 2006; 2; 3. Santiago
16. Desviat, M. *Vigencia del modelo comunitario en salud mental: teoría y práctica*. Rev. GPU 2007; 3; 1. Santiago