

LA RAZÓN GUBERNAMENTAL DE LA LOCURA: LA INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL EN CHILE

M. Alejandro Castro*

RESUMEN

Reconociendo el carácter valioso que ha tenido la salud mental en los últimos veinte años en Chile, el Plan Nacional de Salud Mental, desarrollado a partir del año 2000, ha generado un cambio estructural y sustantivo en la política pública de salud que trata las enfermedades mentales. Las directrices de esta iniciativa generada en el seno de la psiquiatría, la psicología, el trabajo social, entre otras disciplinas, ha configurado nuevas formas de intervención que se centran en la búsqueda por el bienestar de las personas en sus propias comunidades. Sin embargo, estas nuevas formas de intervención se han transformado en nuevas mentalidades de gobierno que favorecerán otro marco de comprensión del fenómeno de la locura, una especie de razón gubernamental. A partir del análisis foucaultiano, develaremos algunas inflexiones que la salud mental hoy en día desarrolla al alero de sus intervenciones biopsicosociales, y cómo desde ahí, más que una perpetua liberación de la institución total, encontramos prácticas de control y vigilancia, ahora virtualizadas en la comunidad.

PALABRAS CLAVE: Salud Mental, gubernamentalidad, biopolítica, intervenciones biopsicosociales.

ABSTRACT:

Recognizing the value of mental health in Chile over the last twenty years, the National Mental Health Plan, developed since 2000, has generated a structural and substantive change in public health policy that addresses mental illness. The guidelines of this initiative generated from psychiatry, psychology, social work, among other disciplines, have set up new forms of intervention that focus on the search for the well-being of people in their own communities. However, these new forms of intervention have been transformed into new mentalities of government that will favor another framework of understanding the phenomenon of madness, in a kind of governmental reason. From the Foucaultian analysis, we will unveil some inflections that mental health nowadays develops to the eaves of its biopsychosocial interventions, and how from there, more than a perpetual liberation of the total institution, we find practices of control and vigilance, now virtualized in the community.

KEYWORDS:

Mental Health, governmentality, biopolitics, biopsychosocial interventions.

**Doctor (c) en Sociología, Universidad Alberto Hurtado.
Correo electrónico: alejandrocastroharrison@gmail.com*

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) concibe a la salud mental como un fenómeno vigente y de suma importancia para las sociedades contemporáneas. Ella estaría principalmente asociada a problemas que van desde el estrés y el cansancio, hasta cuestiones más complejas como los trastornos psiquiátricos severos (la esquizofrenia, la depresión severa y la bipolaridad). Según datos de la OMS y el Ministerio de Salud (MINSAL), en *Sistema de Salud Mental en Chile. Segundo Informe WHO AIMS (2014)*, el 22 % de la población chilena ha alcanzado criterios para ser diagnosticados con un trastorno mental, en los últimos 12 meses. Tal estadística, apoyada por estudios de prevalencia psiquiátrica en Chile (Vicente, Khon, Rioseco, Saldívar y Torres, 2002), contribuyen de manera significativa para justificar las altas tasas de morbilidad psiquiátrica, discapacidad y mortalidad prematura (en el caso de los suicidios). Por otro lado, el Departamento de Salud Pública de la Universidad Católica de Chile y el MINSAL (2008), indican que los trastornos neuro-psiquiátricos serían responsables del 23 % de la carga de enfermedad de nuestro país, constituyéndose como un problema de salud pública de gran relevancia. En Chile, los trastornos mentales constituirían la principal fuente de carga de enfermedad y en ese sentido, según el MINSAL (2008), en el último *Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible* realizado en nuestro país el año 2007, un 26,7 % de los años de vida perdidos por discapacidad o muerte (AVISA), están determinados por las condiciones neuro-psiquiátricas.

El presente de la salud mental permanece arraigado a una historia íntimamente ligada a la psiquiátrica. Desde su fundación en el siglo XVIII y el descubrimiento de los psicofármacos en la mitad del siglo XX, la psiquiatría se ha ido configurando como una ciencia que busca tratar la anormalidad conductual de las enfermedades mentales y las consecuencias sociales de ello. Sin embargo, su labor no ha estado exen-

ta de polémicas, siendo emplazada por sus métodos de intervención en varias ocasiones (históricamente), sufriendo fuertes críticas por parte de teóricos como también de los propios pacientes, a propósito de sus procedimientos clínicos. De ese modo, cuestiones como el manicomio, el encierro forzoso, el electroshock, los neurolépticos y sus efectos secundarios, como también las nuevas formas de afrontar la psiquiatría con la desinstitucionalización, no han dejado indiferente a nadie.

Para efectos de este trabajo, mi propósito es intentar mostrar cómo las nuevas intervenciones sociales diseñadas en el seno de la medicina psiquiátrica han tenido repercusión en las sociedades actuales, y específicamente en la chilena. Ello, daría inicio a los procesos de la desinstitucionalización de la locura, y el levantamiento del Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) (MINSAL, 1993, 2000) como directriz gubernamental. De este modo, revisaré las consecuencias directas que esto ha tenido en las nuevas formas de gobierno de las conductas, en un sentido muy foucaultiano, a partir del diseño pragmático de las intervenciones biopsicosociales. Revisaremos brevemente, cómo se dio el paso desinstitucionalizador del “loco” y cómo llegó a transformarse en una nueva mentalidad de gobierno, en lo que hoy denominamos salud mental comunitaria. Para ello, articularemos la construcción de la salud mental con la teoría de la gubernamentalidad, y desde ahí analizaré la intervención social que la psiquiatría actual ha diseñado e implementado en el llamado “gobierno de la locura”.

DEL ENCIERRO A LA COMUNIDAD, LA TERRITORIALIZACIÓN DE LA LOCURA

A partir de los años sesenta, el psiquiatra italiano Franco Basaglia inició un proceso revolucionario en torno a las ideas de la psiquiatría, básicamente al darse cuenta, como director de un manicomio, que los internos, es decir, los “locos”, recibían un trato carcelario. Basaglia pronto comenzó a repensar

críticamente la institución total, en un sentido goffmaniano, democratizando los espacios de la psiquiatría, pero básicamente intentando una liberación del paciente psiquiátrico.

Basaglia (2008) pensaba que los métodos ejercidos por la medicina psiquiátrica, constituían en procedimientos tortuosos para los pacientes diagnosticados con alguna enfermedad de estas características, e intentó humanizar tanto los tratamientos como el trato hacia al paciente. Por otro lado, denunciaba que el pensamiento racional de la modernidad habría subyugado a la irracionalidad y, por medio de instituciones como la cárcel y el manicomio, esta podía ser dominada. Es en este escenario, donde comienza a darse una reforma psiquiátrica liberadora de la cárcel manicomial, donde pensar al “loco” fuera del encierro, se establecería como condición característica de las nuevas maneras de intervenir en psiquiatría, hoy conocida como salud mental. En esa misma línea, la llamada antipsiquiatría, como un movimiento en contra del encierro forzoso, contribuyó a profundizar este cambio que terminó con la desinstitucionalización de la locura y el cierre de los manicomios en varias partes de Europa (Cooper, 1976). Los movimientos sociales relacionados con la antipsiquiatría habrían terminado en un proceso reivindicativo de los derechos de los “locos”, favoreciendo la desinstitucionalización del enfermo mental, que básicamente era la liberación del encierro, del manicomio y de la deshumanización de este al interior de tales instituciones totales. Ello empujó a los Estados a hacerse cargo de las condiciones humanas de estas personas, ya que básicamente era un problema asociado con los Derechos Humanos.

Con la llegada de la economía global, el movimiento antipsiquiátrico fue disminuido por los grandes cambios económicos en Europa Occidental y EEUU, sufriendo variadas modificaciones entre los años setenta y noventa. La noción de “anti-psiquiatría” fue perdiendo uso, especialmente su contenido revolucionario, redefiniéndose hacia una

noción comunitaria. Tanto Inglaterra como EEUU redelinearon la noción de antipsiquiatría hacia una de salud mental basada en la comunidad (Desviat y Moreno, 2014), pero sin eliminar el encierro totalmente. Si bien este ya no era el manicomio clásico, el encierro psiquiátrico se trasladaría al interior del hospital general, a partir de los denominados “servicios de hospitalizaciones psiquiátricas”. Esto último, en un marco que redefine la salud mental comunitaria, en donde se piensa a la hospitalización como una “corta estadia”, que favorece la recuperación de los pacientes. Según críticos, como el profesor Carlos Pérez Soto (2012), esto se debió a una respuesta economicista, esencialmente porque los manicomios significaban un gasto público excesivo, en un contexto de economías subsidiarias. Por tanto, el “cálculo” indicaba que era más conveniente para un Estado tener al “loco” fuera de las instituciones totales, ya que significaba un gasto social desorbitante, pero con sistemas de control y vigilancia adecuados que permitieran el seguimiento y la estabilidad psicopatológica de las personas con un diagnóstico psiquiátrico.

Chile no se vio ausente en esta transformación racional de la psiquiatría. El comienzo del siglo XXI significó un cambio en la estructura de intervención de la psiquiatría impulsada por el Plan Nacional de Salud Mental (PNSM).

EL PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL Y LAS NUEVAS FORMAS DE INTERVENIR

Desde la vuelta a la democracia, Chile implementó una serie de medidas sistemáticas en salud mental pública. Estas comenzaron con una nueva forma de comprensión de los territorios locales, a partir de la creación de una red de atención psiquiátrica distribuida a lo largo de todo el país, asentada por necesidades epidemiológicas y demográficas. Ello significó a largo plazo, reformas a los clásicos hospitales psiquiátricos, debiendo reconfigurarse a la luz de los nuevos modelos comunitarios de atención, desinstitucionalizando

a los que por años vivieron el encierro manicomial. Esta última habría sido la medida más controversial, precisamente porque entraría en conflicto con el status quo de la psiquiatría más tradicional, ya que el hospital psiquiátrico basaba su intervención, a partir de la tenencia de un paciente cautivo en el manicomio. La diferencia con tal modelo, es que la territorialización concibió a este último como un sujeto que se mueve en una comunidad “activamente”, en un territorio determinado, cambiando las dinámicas de la psiquiatría y sus formas de intervención.

El año 2000 habría sido clave en este proceso de reforma de salud mental, ya que es justamente cuando se comienza a dar carácter al PNSM que se constituirá como una estrategia de intervención para enfrentar este tipo de problemas. Esto, a partir de una red de dispositivos psiquiátricos de carácter público. Esta nueva red institucional de salud, que se diseminó por todo el territorio nacional, modificó las formas de intervención psiquiátrica hasta ese momento conocidas. De ese modo, tanto Centros de Salud Mental (COSAM), Centros Especializados de Salud Mental (CESAM)¹, Hospitales de Días, Centros de Rehabilitación Psicosocial, Unidades de Corta y Mediana Estadia, etc., se transformaron en los mecanismos institucionales por los cuales la salud mental canalizaría su intervención en los niveles territoriales. En definitiva, estos dispositivos de psiquiatría, se conformaron al alero de un nuevo modo de entender la intervención en salud mental, y, en consecuencia, se logra implementar una política de salud que saca los pacientes de los manicomios (pacientes psiquiátricos que estaban destinados de por vida en las instituciones totales). Los “locos” son reubicados con sus familias en sus lugares de origen y en el caso de quienes no contarán con red de apoyo, una nueva institucionalidad de carácter público, llamada “Hogares Protegidos”, se haría cargo de ellos (MINSAL, 2000).

El PNSM viene a proponer un cambio paradigmático en la forma de intervenir la salud mental chilena, proponiendo

una división territorial de la población que padece una enfermedad mental. La centralidad, ahora detentada por los hospitales generales en articulación con las redes territoriales de atención psiquiátrica, modificarán su forma de concebir “la locura”, dotándola de una categoría diametralmente distinta a lo que en el manicomio significaba. A ello se agregarán las Garantías Explicitas de Salud (GES²), que Chile implementa en relación a las enfermedades catastróficas, creando en el año 2008 los GES de Esquizofrenia y Depresión, y en el 2013 el GES del Trastorno Afectivo Bipolar. Estos hitos marcaron la pauta en distintos niveles, ya que se consideraban a estas tres enfermedades, llamadas también “trastornos mayores”, como las nuevas modalidades de intervención psiquiátrica con lógicas comunitarias. Ello quiere decir, que si antes la intervención estaba sostenida solamente desde una perspectiva clínica, donde la interacción con las personas sujetas a un diagnóstico psiquiátrico solo estaba concebida a través de una relación clínica, esto cambió radicalmente. Es así como disciplinas del área social, tales como la psicología, el trabajo social, la terapia ocupacional, e inclusive la sociología, comienzan a constituirse como parte de los procesos de intervención clínica, fundándose lo que hoy se denomina “intervención biopsicosocial”.

DE LA SALUD MENTAL AL GOBIERNO DE LAS CONDUCTAS PSIQUIÁTRICAS

La psiquiatría, tanto en Chile como en Latinoamérica, ha incorporado elementos de la crítica al poder disciplinar, y al de la institución total, alineada con las nuevas mentalidades de gobierno (Carrasco, 2014). Si pensamos a la salud mental, la psiquiatría o las enfermedades mentales, en un marco de análisis foucaultiano, se podrían visualizar las racionalidades que se juegan al interior de este modelo, y principalmente la empresa chilena de la locura. Desde Foucault, podríamos decir que la intervención propuesta por el modelo

SI PENSAMOS A LA SALUD MENTAL, LA PSIQUIATRÍA O LAS ENFERMEDADES MENTALES, EN UN MARCO DE ANÁLISIS FOUCAULTIANO, SE PODRÍAN VISUALIZAR LAS RACIONALIDADES QUE SE JUEGAN AL INTERIOR DE ESTE MODELO, Y PRINCIPALMENTE LA EMPRESA CHILENA DE LA LOCURA.

comunitario de salud mental puede ser entendida desde la lógica de la “gubernamentalidad”, ello a propósito de una serie de “tecnologías” que funcionan en el PNSM y sus modos de intervenir la realidad. Desde este marco, lo que busca el PNSM es justamente una organización de subjetividades y grupos sociales, la población de un territorio determinado, que permita la organización racional de estos, además del control y vigilancia a partir de instrumentos y/o tecnologías de intervención biopsicosocial.

La creación del manicomio fue y es la expresión de una cierta racionalidad gubernamental para el control social, ya que sus prácticas no eran médicas, sino más bien políticas. El PNSM y la psiquiatría, de corte comunitaria, vienen a dar cuenta de una nueva racionalidad gubernamental en la actualidad. En todo este escenario, la figura del “psiquiatra” viene a ser la representación de la mentalidad gubernamental. Primordialmente, por medio del encierro, se podía perfeccionar aquellas “tecnologías del yo”, a través de la “clasificación, la vigilancia y la supervisión de los registros de internos” (Carrasco, 2014:128), creando un orden institucional desarrollado por el saber experto del psiquiatra. Es ahí, donde la figura del “psiquiatra” y su eficacia simbólica, en clave de Levi-Strauss, permiten que la medicina y la psiquiatría se constituyan como un poder panóptico, a través de tecnologías disciplinares aplicadas sobre los cuerpos del esquizofrénico o el bipolar. Lo novedoso de esto, es que funcionaría tanto en el campo de la institución total (Goffman, 1998) como también en la psiquiatría comunitaria. En ese contexto, el psiquiatra se establecerá como el “experto” (Correa

Gómez, 2013) de un cierto orden social, ya que certificará, a través del diagnóstico clínico, quién es enfermo mental o no. Este ejercicio de poder, que está localizado en lo disciplinar, traspasará la frontera de la institución total. En otras palabras, la psiquiatría comunitaria, el mismo modelo que evidenció su descontento con los modelos asilares de tratamientos, mantendrá sus operaciones fundamentales a través de la figura del diagnóstico clínico, detentada por el médico psiquiatra. Ahora, este ejercicio de poder se trasladó del asilo a la comunidad, es decir, el “loco” debe someterse al tratamiento psiquiátrico fuera de las paredes de la institución total.

Este modelo de intervención que ha implementado la psiquiatría en el campo de la salud mental, denominada intervención biopsicosocial, estará constituida principalmente por intervenciones territoriales dirigidas por profesionales especializados y articulados en un nivel central desde dispositivos psiquiátricos. Con ello, se da forma a un estándar de intervención social que estaría sostenido en la conformación de equipos multiprofesionales que abordarán las complejidades psicopatológicas, tanto en sus dimensiones clínicas como psicosociales.

Tales sistemas de control estarían fundamentados por una nomenclatura psiquiátrica denominada “la adherencia al tratamiento”. Esta busca la participación de los usuarios en el tratamiento psiquiátrico, y, en especial, en la toma de psicofármacos como intervención cardinal. Para esto, los dispositivos psiquiátricos llevan a cabo una serie de mediaciones que propician tal adherencia. Estas van desde las consultas clínicas con los distintos profesionales;

la participación en procedimientos de carácter ambulatorio, tales como la asistencia diaria a unidades de rehabilitación, hospitales de día, etc.; hasta la necesidad de que los pacientes adhieran a intervenciones de orden biopsicosocial, tales como las visitas domiciliarias de salud mental, las intervenciones familiares para fomentar la “conciencia de enfermedad”, y otras intervenciones de carácter tecnológico como la “farmacovigilancia”.

Así, los equipos especializados se convierten en la piedra angular del tratamiento psiquiátrico. Ellos entrenan a las familias y/o redes de apoyo como parte de un proceso de rehabilitación psicosocial, desde un abordaje terapéutico y psicofarmacológico. Si bien la idea de lo terapéutico es un elemento central para concebir la rehabilitación psicosocial de los usuarios de la salud mental, esta tendrá un énfasis en el rol ocupacional al interior de la comunidad. Lo elemental para que un tratamiento se considere adecuado, estaría dado en el proceso de control farmacológico, donde el entrenamiento familiar por parte de los equipos de psiquiatría, tiene un énfasis dirigido a “la conciencia de la enfermedad”, para así fomentar la adherencia global al tratamiento psiquiátrico. A ello se le denomina la “psicoeducación”.

La toma de fármacos se establece como el mecanismo central del tratamiento en salud mental, sin este no podría existir ninguna condición básica de relación entre los sujetos y la medicina psiquiátrica. Si este proceso se interrumpe, o se suspende, debe ser por la exclusiva orden del psiquiatra, pero si este es interrumpido por el propio sujeto, los mecanismos coercitivos de los equipos de salud mental fuerzan el

EN CONSECUENCIA, EL PROBLEMA BIOPOLÍTICO NO SERÍA EN TANTO UNA ARTICULACIÓN CONFLICTIVA ENTRE PSIQUIATRÍA Y POLÍTICA, SINO MÁS BIEN EN LA SALUD MENTAL COMO UN OBJETO DE GESTIÓN, OPERADO A TRAVÉS DE UNA “RAZÓN” GUBERNAMENTAL” (FOUCAULT, 2006).

engranaje de la red comunitaria y familiar para que se reactive. Sin embargo, si aun esto fallará, existen medios de hospitalizaciones forzosas, en contra de la voluntad, basadas en el Decreto Supremo N°570 (1998), que regula las internaciones administrativas chilenas. Parfraseando a Donzelot (1998), podríamos decir que los profesionales de la salud mental se vuelven una especie de “policías” de los enfermos mentales, constituyéndose como un aparato de seguimiento, control y vigilancia en el tratamiento psiquiátrico, haciendo más efectivo los procesos de intervención en torno al “loco”.

En ese contexto, si pensamos en la medicalización al interior de estos procesos, podríamos decir que el énfasis ya no se encuentra en la esquizofrenia misma, o en curar la depresión, o simplemente en enfocarse en la solución de la bipolaridad, sino más bien, en mantener la *vida saludable* de estas personas. A ello se le llama “estabilización psicopatológica”.

En otras palabras, las prácticas de la salud mental comunitaria se construyen al alero de una cierta apropiación de otros campos sociales, por fuera de la enfermedad, para tratar la salud y no las enfermedades mentales. Ello quiere decir que, la relación médico-paciente que existía en las instituciones totales de psiquiatría, se difumina en una intervención en las condiciones generales de salud, es decir, los contextos familiares, comunitarios, urbanísticos, etc. Se trataría de una lógica ambiental para resolver los problemas de salud mental, en la base de un cambio estructural en la relación medicina-enfermedad o psiquiatría-locura. Se transporta la figura del psiquiatra y un equipo de

salud mental especializado, como expertos en este campo, hacia la comunidad donde el “loco” reside, convirtiéndose en autoridades sanitarias y sociales. Los psiquiatras trabajarán la salud mental desde una objetivación ambiental, es decir, la comunidad o lo local. Como consecuencia, cambia la institucionalidad hospitalaria, sacando fuera de esta a los equipos especializados de atención, modificando la relación clínica de los sujetos y la medicina de forma sustancial. Por último, emergen nuevas formas de control de datos, a través de una gestión comunitaria que involucra una red sanitaria de atención primaria y secundaria, articuladas en el gobierno local.

Como indica Foucault, se podría afirmar en relación con la sociedad moderna que vivimos es en “Estados médicos abiertos” en los que la dimensión de la medicalización ya no tiene límites” (1996:80). Ello es, porque existe un control y vigilancia continua a nivel poblacional. Lo interesante de este punto, a propósito de la locura, es que ya no se produce al interior de la institución total, sino fuera de sus paredes, es decir, en la comunidad, emergiendo otro tipo de institucionalidad mucho más panóptica y virtualizada, una especie de “post-institución total”. Gilles Deleuze (1996), coincide con este análisis y señala: “Estamos entrando en sociedades de control, que ya no funcionan mediante el encierro sino mediante un control continuo y comunicación instantánea” (243).

En consecuencia, lo que ha realizado el PNSM, a través de la psiquiatría comunitaria, no es más que ir eliminando paulatinamente la figura del hospital como centro neurálgico del dominio

psiquiátrico, a través de la medicalización indefinida, pero dispersa en mecanismos de control social a nivel comunitario. Esto no es más que una nueva forma de entender el control y la vigilancia sobre el fenómeno de la locura, desarrollado por ensamblajes nuevos, que se despliegan en una intervención permanente en el territorio, a través de dispositivos psiquiátricos articulados en redes que propician la vigilancia sempiterna del loco.

BIOPOLÍTICA, TERRITORIO Y GESTIÓN EN SALUD MENTAL

Los modelos ingleses y españoles de salud mental comunitaria, sirvieron para inspirar tanto el PNSM como también la construcción de los nuevos estándares de salud mental a partir de sus modelos de gestión. Estos permitieron reducir los costos en la medida en que las personas estuvieran en sus casas o comunidades y no al interior del manicomio, pues se ahorran todos los procedimientos clínicos que significan la internación perpetua.

Lo anterior, en ningún modo se oponía al modelo de la antipsiquiatría, que deseaba derribar las paredes del asilo. Carlos Pérez (2012) señala al respecto: “Hay que considerar que un “enfermo mental” tranquilizado de manera profunda, en su propia casa, de algún modo oculto y apartado de cualquier forma de relación social, no solo representa un “éxito” desde el punto de vista del orden público, sino también una importante reducción de costo de los servicios de salud que los Estados se sentían obligados a dedicarle” (19).

En consecuencia, el modelo de gestión que comienza a emerger con este

tipo de intervención, trae consigo una determinante economicista, y que fundamenta el propio cambio de modelo psiquiátrico tradicional. En ese sentido, son los propios psiquiatras quienes avalan tal idea:

“(…) en el contexto de una atención sanitaria moderna en países desarrollados, no es posible obviar la necesidad de eficiencia de las organizaciones sanitarias, y por ello de la introducción de criterios de gestión y calidad asistencial en la práctica cotidiana, con un objetivo común: prestar la mejor atención posible, y obtener los mejores resultados con los recursos disponibles.” (Desviat, 2012: 726).

Estos sistemas de gestión clínica, basados en aspectos económicos de la salud, se desarrollan como procesos asistenciales que se entregarán mediante la obtención de indicadores de la estructura (disponibilidad, accesibilidad), de los procesos (uso, productividad, utilización) y de los resultados (eficacia, eficiencia y efectividad) de la salud pública. Todo ello a favor de una maximización de los recursos públicos. Foucault (2010a) no está ajeno a este tipo de afirmaciones, el mismo señalaba “(…) en relación a estos fenómenos, la Biopolítica va a introducir no sólo instituciones asistenciales (que existen desde mucho tiempo atrás) sino mecanismos mucho más sutiles, económicamente mucho más racionales que la asistencia a granel (…). Vamos a ver mecanismos más sutiles, más racionales, de seguros, de ahorro individual y colectivo, de seguridad, etcétera.” (221). Ahora, vemos que las estrategias de medicalización se hacen sofisticadas en nuevas formas de control y vigilancia, optimizando, por un lado, la gestión sanitaria y, por otro, desarrollando nuevos modelos de seguridad ciudadana referidos a las conductas del “loco”. En consecuencia, el problema biopolítico no sería en tanto una articulación conflictiva entre psiquiatría y política, sino más bien en la salud mental como un objeto de gestión, operado a través de una “razón gubernamental” (Foucault, 2006).

De alguna forma, podemos ver en el

PNSM y la psiquiatría actual, una mentalidad con la que se gobierna a las personas a través de los Estados con políticas sociales que son dirigidas a los cuerpos y a la población no necesariamente diagnosticada psiquiátricamente. Esto es lo que Foucault (2019b) refiere como “manifestaciones de la verdad”. En los Estados modernos estas manifestaciones surgen de un ejercicio de poder sobre un objeto que se busca controlar “(…) la población; que se necesita conocer de forma precisa, a fin de gobernarlo por reglas racionales, con lo cual el sujeto moderno es constituido como un “objeto de conocimiento”, y así es también convertido en un objeto de control” (Carrasco, 2013:132). De ese modo, la racionalidad del Estado se funda en el conocimiento verdadero de lo que se quiere gobernar.

En definitiva, la instalación de la psiquiatría o salud mental comunitaria, no es más que una estrategia de intervención social que implica un cierto control, más allá de la institucionalidad psiquiátrica, pero por, sobre todo, un control territorial de la población, a través de un razonamiento gubernamental. Aquí la desinstitucionalización psiquiátrica coincide con la dispersión de las tecnologías de subjetivación, en donde el paciente psiquiátrico es el “locus” que permite funcionar a las tecnologías de poder desplegadas en los territorios, encadenadas a ciertas institucionalidades gubernamentales de salud mental.

BIOPOLÍTICA Y GESTIÓN DEL SUFRIMIENTO PSÍQUICO

Si pudiéramos hablar de una biopolítica del territorio, siguiendo la línea de la psiquiatría comunitaria, podríamos decir que esta se desarrolla en un espacio privilegiado, la intervención local de salud mental. Ello es posible, a través de una política del control de la morbilidad de la locura, que es generada a través de las instituciones de salud pública. Las llamadas prevalencias de la depresión, la esquizofrenia o la bipolaridad, son los fundamentos para pensar epidemiológicamente las enfermedades

de las poblaciones e individuos, y por lo tanto se vuelven importantes para la gobernanza de los Estados en relación a sus localidades.

Las psicopatologías que se han constituido como prevalencia en Chile, y en gran parte del mundo, funcionan como factores que debilitan la fuerza de trabajo, implicando un alto costo económico al Estado y a los sistemas de seguros privados de salud. Las intervenciones dirigidas a la prevención y promoción de la salud mental que se dan a nivel territorial, tienen sentido precisamente porque estas enfermedades “invalidantes”, excluyen del mercado laboral a los sujetos que las padecen. Por lo tanto, las estrategias de intervención se dirigen al medio, donde el sujeto con estas patologías se desenvuelve diariamente, es decir, su ambiente, su localidad. Esto genera sujetos medicados, en el caso de los “depresivos” y otras enfermedades relacionadas con el ánimo, y en otros individuos que, no siendo depresivos o esquizofrénicos, se adhieren a tratamientos psicofarmacológicos para evitar crisis que pudieran terminar desequilibrando sus razonamientos. Estas estrategias de medicalización de la vida son las que se denominan “promoción y prevención” en salud mental.

Tales intervenciones están articuladas en diversos dominios del saber y acción gubernamental. Por un lado, están configuradas por la higiene, la medicalización, la demografía y la estadística. Según Foucault (1996), estos son los procesos característicos de la medicina que emerge en el Siglo XVIII, pero que, en un contexto actual, se han perfeccionado, adoptando esquemas de regulación, gestión, asistencia, control de riesgos y mecanismos de seguridad, constituyéndose como estrategias de poder. Por otro lado, las intervenciones biopolíticamente hablando, se constituirán como tecnologías científicas, económicas y políticas que se ejercen sobre las poblaciones, precisamente para anticipar los riesgos de las enfermedades.

Esto es sostenido abiertamente por el PNSM, y fundamentado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). La

prevención y promoción de la salud mental, como “estrategias sanitarias”, son construcciones diseñadas en base a las determinantes sociales de salud (OMS, 2013). Las enfermedades no son más que un conjunto de fenómenos que se presentan como aleatorios e imprevisibles, analizados como hechos que afectan a determinados individuos y/o población (como prevalencias), apareciendo como constantes, naturalizadas, y posibles de anticipar cuando son observadas desde una perspectiva poblacional o epidemiológica.

La epidemiología en este contexto, por medio de herramientas estadísticas, logra estudiar los fenómenos en serie de corta duración, anticipando los riesgos y peligros a los cuales las poblaciones están sometidas, generando directrices de salud pública en programas médicos de atención primaria y secundaria, sostenidos a la base de una evidencia científico-médica. En consecuencia, se crean mecanismos reguladores de salud, al servicio de la población. Así, las estimaciones y predicciones estadísticas, entendidas como hechos sociales, se concebirán como aparatos reguladores que permitirán cierto equilibrio, con el fin de bajar la mortalidad, prolongar la vida o estimularla.

De este modo, la biopolítica tendrá como objetivo último, instalar para cada riesgo o peligro, ciertos mecanismos de seguridad. Estos tendrían semejanza con los dispositivos disciplinarios. En ambos casos, se pondría a aumentar y maximizar la fuerza de trabajo, de acuerdo a la crítica de Foucault (2010a), la biopolítica y sus nuevas tecnologías de poder:

“(…) no tienen que vérselas exactamente con la sociedad (…) tampoco con el individuo/cuerpo. Se trata de un nuevo cuerpo: cuerpo múltiple, cuerpo de muchas cabezas, si no infinito, al menos necesariamente innumerable. Es la idea de Población. La biopolítica tiene que ver con la población, y ésta como problema político, como problema a la vez científico y político, como problema biológico y como problema de poder (…)” (222).

42 Para Foucault (2010b), la biopolítica

además de constituirse como un problema político-científico, también tendría una manifestación económica. Finalmente, la biopolítica “(…) abordará en suma los acontecimientos aleatorios que se producen en una población tomadas en su duración.” (Foucault, 2010a:222). A partir de ahí, las tecnologías de poder gubernamental actuarán como mecanismos que tienen una serie de funciones diferentes en los dispositivos disciplinarios. Los mecanismos de poder van a desarrollar políticamente, intervenciones en determinados fenómenos sociales, tales como la salud mental, tanto en un nivel local como en un sentido global. A propósito, Foucault (2010a) dirá: “Será preciso modificar y bajar la morbilidad; habrá que alargar la vida; habrá que estimular la natalidad” (223), ello básicamente para maximizar la fuerza de trabajo, a través del cuidado de la población, los cuerpos como población, no el cuerpo como vida. Tales mecanismos reguladores en una población global, asentarán un equilibrio en las urbes, como una especie de autorregulación que será permitida y protegida por mecanismos de seguridad, inexcusablemente por un cierto carácter de impredecibilidad que las poblaciones de seres vivos tienen por esencia. Los mecanismos de regulación se preocuparán de maximizar las fuerzas (de productividad) y extraerlas (con un beneficio economicista).

La diferencia, por lo tanto, con los dispositivos disciplinarios, como lo fueron las instituciones totales en relación a la locura, y el encierro como forma de control y vigilancia, se distinguirá en los mecanismos de poder biopolítico. La salud mental se establecerá como un nuevo agente de control poblacional, ahora fuera de las paredes del psiquiátrico, desarrollando un control de la población, a través de disposiciones tecnológicas que van desde la farmacovigilancia, pasando por la medicalización, hasta la promoción y prevención de la salud mental, como formas de poder “hacer vivir” (Foucault, 2010a). En otras palabras, la psiquiatría comunitaria no es

más que una “post-institución total”, o como Carlos Pérez (2012) dice “un manicomio distribuido” (20). Finalmente, la psiquiatría comunitaria se desplaza de sus orígenes hacia un lugar en que el sujeto, producto de sus Derechos, cuestión compleja cuando se habla de los “locos”, deja de estar encerrado en un manicomio, y se libera en una comunidad, pero bajo un panóptico virtual y poblacional. En definitiva, podríamos decir que, aunque existen locos, depresivos, esquizofrénicos y bipolares, es más importante prevenir y detectar en la población la prevalencia de estas patologías.

CONCLUSIONES

Finalmente, y de acuerdo a lo revisado, podemos decir que la salud mental chilena se ha establecido como una estrategia gubernamental de control poblacional, a partir de las enfermedades mentales, pero a su vez, como un mecanismo de intervención territorial, de vigilancia en torno a la locura, que se despliega a través una red de dispositivos psiquiátricos. Ha sido implementada a partir de una nueva manera de intervenir territorialmente: la “intervención biopsicosocial”. En ese sentido, el PNSM ha desarrollado nuevos modos de intervención bio, psico y social, diseñados por una serie de tecnologías, con efectos performativos, que favorecen el control social de los “locos” en contextos comunitarios.

Por lo tanto, la salud mental comunitaria, a través del PNSM, se ha de constituir como una tecnología gubernamental, que guiará el camino de las nuevas formas de gobierno de los “locos”, pero también, y desde una lectura biopolítica, otra manera de entender el sufrimiento social, patologizando la vida cotidiana al alero de políticas públicas diseñadas por la medicina basada en la evidencia epidemiológica.

Esta razón gubernamental de la locura, no es más que gobernar las conductas, tanto del “loco” como del normal, a partir de una medicalización continua e intervenciones basadas en la prevención de enfermedades psiquiátricas y la pro-

moción de la salud mental. En otras palabras, la intervención social generada por la salud mental chilena no es otra cosa que un mecanismo biopolítico de control y vigilancia territorial, donde la intervención social es una tecnología de poder empleada en torno a la irracionalidad del “loco”, pero además de las conductas de los “no locos”. •

1. COSAM, Centro de Salud Mental Comunitario, es un dispositivo territorial público que aborda los problemas de salud mental. En ese contexto, CESAM, Centro Especializado de Salud Mental, es un dispositivo psiquiátrico de mayor complejidad que se basa en la intervención biopsicosocial para su mediación territorial. Existen solamente dos en Chile, específicamente en la Región Metropolitana.

2. También denominadas: Plan de Acceso Universal a Garantías Explícitas en Salud (AUGE).

Referencias bibliográficas

Basaglia, F. (2008). *La Condena de ser loco y pobre: Alternativas al manicomio*. Buenos Aires: Topia.

Carrasco, J. (2014). Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria en Chile: el proceso de configuración de un objetivo de gobierno. En R. Karmy e Y. Tuillang (Eds.). *Biopolítica, Gobierno y Salud Pública. Miradas para un diagnóstico diferencial*. Santiago: Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile y Ocho Libros.

Cooper, D. (1976). *Psiquiatría y Antipsiquiatría*. Buenos Aires: Locus Hipocampus Editorial.

Correa Gómez, M. J. (2013). *Historia de la Locura e Incapacidad: Santiago y Valparaíso (1857-1900)*. Santiago: Acto.

Decreto 570, Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, Santiago, Chile, 28 de agosto de 1998

Deleuze, G. (1996). *Conversaciones*. Valencia: Pre-Textos.

Desviat, M. y Moreno, A. (Eds.). (2012). *Acciones de la Salud Mental en la Comunidad*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Donzelot, J. (1998). *La Policía de las Familias*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Foucault, M. (1996). *La Vida de los Hombres Infames*. La Plata: Caronte.

Foucault, M. (2006). *Seguridad, Territorio y Población*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Foucault, M. (2010a). *Defender la Sociedad*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Foucault, M. (2010b). *El Nacimiento de la Biopolítica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Goffman, E. (1998). *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.

Ministerio de Salud. (1993). *Política y Plan Nacional de Salud Mental*. Santiago: MINSAL.

Ministerio de Salud. (2000). *Norma Técnica*

Hogares Protegidos. Santiago: MINSAL.

Ministerio de Salud. (2000). *Política y Plan Nacional de Salud Mental*. Santiago: MINSAL.

Ministerio de Salud; Pontificia Universidad Católica, (2008). *Informe Final: Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible*. Santiago: Subsecretaría de Salud Pública.

Ministerio de Salud. (2014). *Who-Aims: Segundo Informe Sistemas de Salud Mental en Chile*. Santiago: MINSAL.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). *Plan de Acción sobre la Salud Mental 2013-2020*. Ginebra: OMS.

Pérez Soto, C. (2012). *Una Nueva Antipsiquiatría: Crítica y conocimiento de las técnicas de control psiquiátrico*. Santiago: LOM.

Vicente, B., Kohn, R., Rioseco, P., Saldívar, S., and Torres, S. (2002). Estudio Chileno de Prevalencia de Patología Psiquiátrica. *Revista Médica de Chile*, 130(5), 257-536.