

Desde la psiquiatría institucional hacia una salud mental comunitaria que interpela a todas las políticas.

Giovanna Del Giudice, Buenos Aires, 5 de octubre de 2023.

Agradezco a la Ministra de Salud de Argentina, Carla Vizzotti, y a la Directora del Departamento de Salud Mental y Uso de Sustancias de la OMS, Devora Kestel, por la oportunidad que me brindan de hablar en esta distinguida conferencia.

Saludo a las ministras y ministros,

a las personas que viven la experiencia del sufrimiento mental, a las y los participantes.

Abordaré el tema de la transición desde la psiquiatría institucional hacia una salud mental comunitaria que involucre todas las políticas, comenzando desde la experiencia de la desinstitucionalización desarrollada en Trieste, a partir de la década de los setenta del siglo pasado, por Franco Basaglia y su equipo de trabajo, que condujo al cierre del manicomio y a la creación de una red de servicios de salud mental en la comunidad. Y, aún más importante, devolvió la voz, la subjetividad y los derechos a las personas que sufren enfermedades mentales, que antes eran negadas y silenciadas por la institucionalización.

El enfoque se ha trasladado de la enfermedad (y de la peligrosidad asociada a ella) a la persona en su totalidad y globalidad de necesidades, relacionada con e integrada en el contexto social. Ha habido una ampliación de la mirada y de las competencias, de la sanidad a todas las políticas: sociales, de vivienda, educativas, laborales, de género, de desarrollo... para dar respuesta a la totalidad de las necesidades de la persona que sufre, que vuelve a ser sujeto y titular de derechos.

Hoy en día, en diversas partes del planeta, aunque de manera cualitativa y cuantitativamente diferenciada según los contextos sociales, políticos, económicos y culturales, con diferencias entre las zonas urbanas y rurales, el modelo predominante de referencia para la atención a las personas con trastorno mental sigue siendo el institucional manicomial y custodial, que utiliza prácticas coercitivas y viola los derechos humanos.

Si en promedio en todo el mundo el 2% del presupuesto de salud se destina a la atención psiquiátrica, el 70% de esto va a los hospitales psiquiátricos.

Todavía hoy en día, en muchas partes del planeta, las personas con trastornos mentales graves corren el riesgo de ser segregadas, confinadas en espacios reducidos y abandonadas en las periferias de las comunidades. Las personas con enfermedades mentales representan una de las minorías más oprimidas.

Pero también, en muchas partes del mundo se están llevando a cabo importantes procesos para superar el modelo asilar, y se están implementando prácticas de transformación en la atención de las personas con sufrimiento mental, muchas de las cuales estarán seguramente representadas hoy aquí.

El proceso de desinstitucionalización en Trieste, del que he participado desde el principio, cuestionó teoría y prácticas de los paradigmas culturales, científicos y legislativos que respaldan el manicomio como lugar de custodia y segregación, privación de derechos, generador de cronicidad y anulación de subjetividades (pacientes y personal de salud) y tuvo como objetivo *urgente y necesario*, su

destrucción (Basaglia). Al mismo tiempo, se cuestionó a la psiquiatría como ideología que se concretiza en la realidad, a través del manicomio (Basaglia, 1979).

No se trató de proponer un nuevo modelo terapéutico, sino de proponer una nueva forma de entender y vivir las relaciones sociales: entre el sujeto y la institución, entre el poder y el saber, entre la salud y la enfermedad, entre el sujeto y lo colectivo y entre lo individual y lo social (Rotelli).

Fue un compromiso radical, complejo y a múltiples niveles: se trabajó en el sistema de valores y los paradigmas fundacionales de la psiquiatría, se cambiaron los dispositivos de atención para las personas con discapacidad psicosocial, se promulgó una ley de reforma, la Ley 180 de 1978, que marcó el fin del manicomio, el inicio de la atención normalmente voluntaria y en el territorio, el fin de la equivalencia entre enfermedad mental y peligrosidad social, la salida de las personas con sufrimiento mental de un estatuto especial y su entrada en la ciudadanía social.

En Italia, cuando en 1971 Franco Basaglia asumió la dirección del hospital psiquiátrico de Trieste, donde estaban internadas 1200 personas, de una población de 51 millones de habitantes, en 83 manicomos estaban internadas más de 100 mil personas. Una ley de 1904 establecía la peligrosidad del enfermo mental, que, después de 30 días de internación, segregado y excluido del contrato social, perdía sus derechos civiles y políticos.

En Trieste, el desmantelamiento del manicomio fue un trabajo colectivo que comenzó a partir de la abolición de los medios de contención y coerción, de la apertura de las puertas y del fin de la segregación incluso de género, del cuestionamiento del poder en las relaciones de cuidados y en las jerarquías institucionales, y de la lucha contra el proceso que convierte la diversidad natural en desigualdad social.

Fue el bloqueo del paso de los pacientes desde las unidades de agudos a las unidades de cuidados a largo plazo, interrumpiendo *la carrera moral del enfermo mental* (Goffman): la persona, después de un período de cuidados, regresaba a su entorno de vida, apoyada por trabajadores del manicomio que comenzaban a trabajar en la comunidad.

Para las personas con una larga historia de institucionalización, fue restitución de los derechos civiles y políticos, reconstrucción de historias y vínculos, devolución de objetos, relaciones e intercambios, se habilitó la vida en libertad y se reintegraron a la comunidad con el apoyo de los trabajadores también ellos liberados del manicomio.

Es importante destacar que, mientras se rechazaban en la comunidad la miseria y las contradicciones previamente retenidas en el manicomio, nosotros, los trabajadores de la salud mental, estábamos presentes para gestionarlas, para discutir y colaborar con las familias, los vecinos, los ciudadanos y las instituciones, para construir alianzas, nuevas culturas y prácticas orientadas al desarrollo de una comunidad solidaria y una ciudad que cuida.

En el desmantelamiento del manicomio, desde el principio se trabajó en una proyección territorial, con la convicción de que las personas con sufrimiento mental deben ser atendidas y apoyadas en la comunidad, en los lugares de la normalidad, a través de un circuito de servicios sustitutivo del manicomio, basado en los derechos humanos y el compromiso contra cualquier forma de institucionalización.

El Centro de Salud Mental de 24 horas y con camas fue la *institución inventada* que, dentro de un circuito de servicios en la comunidad (grupos residenciales, servicios psiquiátricos en hospitales generales, servicios y recorridos de habilitación e inclusión social y laboral), se propuso como sustituto del manicomio, *la institución negada*.

El Centro de Salud Mental, abierto todos los días y de fácil acceso, servicio de proximidad cercano a los lugares de vida de las personas, responde a la demanda de atención de los habitantes de un territorio definido. Con un equipo multiprofesional, realiza actividades ambulatorias, a domicilio, de apoyo farmacológico, de habilitación, de apoyo a las familias y de interacción con la comunidad. Fomenta el intercambio, las relaciones y el apoyo en la vida cotidiana, interactúa con los servicios de salud y sociales, el sistema judicial, las cooperativas de trabajo, las asociaciones y los grupos culturales y productivos.

El Centro cuenta con algunas camas para la atención diurna y nocturna temporal de personas en crisis, en un ambiente atravesado por la comunidad, que reduce el estigma y favorece la recuperación.

En Trieste, el circuito territorial de servicios de salud mental basado en el Centro de 24 horas con camas llevó ya en 1980, al cierre definitivo del manicomio, a la disminución de los tratamientos involuntarios, a la superación de la referencia de personas con trastornos mentales al sistema penal judicial y a la reducción de costos económicos y humanos, mientras aumentaba el número de personas que accedían a los cuidados y el número y la calidad de los lugares de atención.

En el desmantelamiento del manicomio con la readquisición de los derechos y de la libertad, en el retorno a la comunidad de las y los ex internos en un rol activo, aunque fuera solo como consumidores, emergen necesidades/derechos que antes estaban cubiertos por la enfermedad, violados y negados por la institucionalización.

Y cuando aumenta el trabajo en territorio, intercepta nuevas necesidades y formas de sufrimiento urbano, bolsas de marginalidad, personas en riesgo de enfermedad y exclusión, personas que no acceden a los derechos mínimos, que tienen dificultades para acceder a los servicios.

Para abordar esto, se requieren respuestas articuladas y complejas que interpelen a todas las políticas, incluso para contrarrestar la psiquiatrización del malestar social.

La salud mental, como bienestar, posibilidad de elegir, de autodeterminarse, de participar en un proyecto compartido, de tener un rol en una comunidad de diversos, de participar en el intercambio social, de tener ingresos, vivienda, trabajo, afectos, socialización, es un derecho humano fundamental. Esto interpela no solo políticas de salud y técnicos de salud mental, sino también todas las políticas y la comunidad en su conjunto.

Para construir la salud mental comunitaria en un país, en una región, en un territorio, se requiere una fuerte intencionalidad política de los gobiernos nacionales y locales, así como un fuerte compromiso de técnicos innovadores. Hemos verificado que las grandes transformaciones en psiquiatría ocurren mediante una acción conjunta de políticos y técnicos innovadores, lo cual confirma que la acción de salud mental es acción técnico-política que alude a una visión diferente de las relaciones sociales, de las relaciones de poder, un nuevo humanismo.

Por lo tanto, se requiere una acción legislativa y de planificación de la salud que dirija y regule la transición hacia la salud mental comunitaria, para determinar la transferencia de recursos humanos y económicos desde el manicomio al territorio, indispensables para efectivizar su superación y la atención de los sujetos en el territorio.

También se necesita la participación y articulación de todas las políticas sociales, de vivienda, de género, trabajo, de educación, de desarrollo... en una orientación teórica y práctica que brinde respuestas integrales a las necesidades/derechos de las personas más frágiles, con discapacidad

psicosocial, en riesgo de exclusión, para asegurar su participación en la vida activa y la igualdad ante la ley.

Estas políticas intersectoriales deben prever medidas directas como la promulgación de leyes y regulaciones, programas y recursos específicos, así como medidas indirectas para influir en las culturas y relaciones sociales de una comunidad.

Dado que estas políticas y medidas están estrechamente relacionadas con los contextos específicos de los territorios, mencionaremos algunos ejemplos, a partir de nuestra experiencia, en los ejes de vivienda y trabajo.

Para responder a la necesidad de vivienda para personas con historias de institucionalización en hospitales psiquiátricos, instituciones para menores y personas con discapacidad, cárceles, centros para migrantes o personas marginadas que no cumplen con los requisitos mínimos para acceder a una vivienda, las políticas de vivienda deben prever por ley una cuota de viviendas de construcción pública destinadas a estas personas (medidas directas), para ser gestionadas en conjunto por los servicios de salud y sociales.

Para contrastar la exclusión, el abandono social y cultural, garantizar calidad y seguridad, es necesario activar proyectos específicos (medidas indirectas) que promuevan los recursos formales e informales de esa comunidad, valorando los recursos incluso residuales de los individuos, desarrollando vínculos y cohesión social, capacidad de autoayuda en el vecindario y en la calle.

Para responder a la necesidad de inclusión laboral, es necesario establecer normas y leyes que obliguen a las instituciones públicas y al sector privado a incluir plenamente en el proceso laboral a personas con discapacidad psicosocial. También es necesario apoyar las iniciativas de emprendimiento social de diversas formas que promuevan la inclusión laboral y social. Pero también deben promoverse iniciativas de revisión de la organización del trabajo que permitan una real inserción laboral de los sujetos frágiles, que ésta no sea una pura formalidad y que retorne como calidad y valor para todos.

Para concretar estas políticas transformadoras e intersectoriales, es fundamental que se inicien proyectos, incluso en forma piloto, liderados por técnicos innovadores, una acción concreta desde abajo basada en la atención integral, continua y compartida, orientada a la recuperación de personas con discapacidad psicosocial, no solo centrada en respuestas sanitarias, biológicas y psicológicas, sino también, y aún más, en respuestas que aborden los determinantes sociales de la salud.

Una acción que establezca conexiones y alianzas en el territorio, que valore la entrada de terceros, artistas, estudiantes, intelectuales, profesores, asociaciones, es decir, los recursos cívicos de un territorio, capaces de *modelar nuevas formas de relación e intercambio, trazar nuevos recorridos y diseñar nuevos mapas del territorio* (Rotelli 2023) para la salud mental para todos y todas.

Las prácticas transformadoras son siempre acciones colectivas que salen de los recintos especializados y que involucran los recursos de la comunidad en su conjunto. Solo prácticas de este tipo pueden configurarse como acciones de contaminación de otros servicios y agencias políticas llamadas a responder a las necesidades/derechos no sanitarios de las personas con discapacidad psicosocial.

En resumen, para hacer la transición de una psiquiatría manicomial a una salud mental comunitaria que interpela a todas las políticas, es necesario:

- Invertir en el fortalecimiento del sistema de salud en su conjunto.

- Poner fin al manicomio a partir del bloqueo definitivo de nuevos ingresos.
- Promover la reconversión de los recursos económicos y humanos desde el manicomio (que desperdicia los recursos humanos de los operadores y pacientes, produciendo inercia y cronicidad) hacia instituciones en la comunidad generativas.
- Invertir en la comunidad en un sistema de servicios de salud mental basado en los derechos humanos y el compromiso contra cualquier forma de institucionalización.
- Implementar políticas intersectoriales que no dejen a nadie atrás.
- Invertir en la comunidad, desarrollar alianzas y diálogo, promover la participación y el protagonismo.
- Intervenir en las relaciones de poder, en la forma de entender y vivir las relaciones sociales, en la lucha contra las desigualdades.

Para concluir.

La experiencia italiana, el trabajo teórico y práctico iniciado por Franco Basaglia y continuado por Franco Rotelli y el grupo de trabajo triestino, que se ha enriquecido y fortalecido con la contribución de miles de voluntarios, estudiantes, practicantes, políticos, que han venido a Trieste de todas partes del mundo, ha demostrado que es posible considerar *la locura como una condición humana presente en cada uno de nosotros, al igual que la razón*; afirmar en la concreción de las prácticas que es posible *un modo diferente de cuidar al otro* (Basaglia 79), que puede existir una sociedad sin manicomios, que el sufrimiento mental no tiene por qué ser excluido de la ciudadanía.

Pero, aunque se ha avanzado mucho, todavía queda mucho por hacer.

En los tiempos oscuros que estamos atravesando en muchas partes del mundo, es importante no perder el rumbo, no encerrarse en posiciones defensivas estériles, no perder el optimismo de la práctica, donde *la esperanza y la utopía no son el reino de lo imposible, sino el de lo aún no posible* (Basaglia), y continuar, aunque a pequeños pasos, en recorridos transformadores y de justicia social.

Y juntos construir conexiones y redes entre las buenas prácticas de salud mental comunitaria dispersas en diversas partes del planeta como punto de referencia, de intercambio y apoyo para todas y todos.

Hoy en día, esto es algo que necesitamos mucho.