

La ciudadanía como forma de tolerancia¹

Benedetto Saraceno²

Una nación transversal.

La cuestión de la tolerancia frente a la diversidad implicaría distintas perspectivas de abordar el tema que consideren las muchas posibles definiciones de la diversidad, así como el significado mismo del término "tolerancia". Por ahora, para empezar nuestra reflexión alrededor de este tema, trataré de asumir un enfoque más específico entre los muchos posibles, que nos ayude a diseñar un paradigma desde el cual quizás sea posible sacar algunos alineamientos más amplios y de mayor alcance.

Debido a mi pertenencia a un organismo especializado de las Naciones Unidas cuya misión es la salud y, más específicamente, perteneciendo yo a los programas que luchan por la salud mental de los pueblos del mundo, utilizaré el paradigma de salud mental/enfermedad mental.

Todos los países del mundo enfrentan problemas psicosociales y psiquiátricos cuya solución requiere acciones de diversa índole y en cuya ejecución deben comprometerse tanto los sectores sanitarios y sociales como los económicos y los políticos.

En general, se estima que en el mundo hay más de 300 millones de casos de trastornos afectivos, 32 millones de casos de retraso mental, más de 40 millones de casos de esquizofrenia y 29 millones de casos de demencia. Con respecto a la dependencia de sustancias psicoactivas, se estima que hay unos 467 millones de casos de dependencia del alcohol y 15 millones de usuarios de otras drogas. Cuando se trata de la discapacidad o la invalidez que resultan de todas las enfermedades crónicas, los trastornos afecti-

vos son la causa más importante; el retraso mental ocupa el cuarto lugar, la epilepsia el sexto, la demencia el séptimo y la esquizofrenia el noveno. Por lo tanto, de las diez causas principales de la discapacidad, la mitad se debe a condiciones neuropsiquiátricas.

El Banco Mundial, en colaboración con la Organización Mundial de la Salud, ha calculado que los trastornos mentales representan una de las mayores causas de años de vida sana perdidos, y son responsables del 8.1% de la pérdida. Cabe mencionar que todos los tipos de cáncer representan el 5.8% de esta carga de morbilidad. Aunque la carga representada por los trastornos psiquiátricos y del comportamiento es impresionante, las estadísticas no la reflejan porque casi siempre ponen el acento en la mortalidad y no en la morbilidad o la discapacidad. Si el compromiso de todos los que luchan por mejorar la salud es el de agregar años a la vida (disminuyendo la mortalidad) esto no quiere decir que el compromiso no tenga que ser también el de agregar vida a los años, o sea disminuir la morbilidad y la tremenda carga representada por la discapacidad. Estas impresionantes cifras se refieren exclusivamente a los trastornos mentales. Sin embargo, hay que considerar también otras condiciones que a pesar de no ser "enfermedades mentales", incluidas en la clasificación internacional de las enfermedades están relacionadas con una cierta pérdida de salud mental, con un sufrimiento psicosocial: la privación del medio afectivo y educativo de los niños; la violencia doméstica o social; la pobreza extrema; el desarraigo de los emigrantes, de los desplazados y de los refugiados, y el aislamiento de los pueblos indígenas, son condiciones que afectan a la sa-

¹Conferencia dada en el 1^{er} Congreso Catalán de Salud Mental, 1999. Publicado inicialmente por la Fundació Congrés Català de Salut Mental.

²Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

Entre las muchas Naciones oficiales de este mundo hay esta nación con la "n" minúscula, transversal, sin poder ni voz. Esta es una utopía para el siglo que viene: dar voz y poder a esta nación tan enorme como desposeída carente de poder.

lud mental de los individuos, de las familias y de los grupos sociales.

Entre los que sufren por enfermedades mentales y los que sufren por alguna de estas condiciones hay, sin embargo, mucho en común: ambos grupos están expuestos a violaciones de sus derechos humanos y ciudadanos: ambos grupos viven dentro de instituciones de alta densidad (manicomios, cárceles, campamentos de refugiados) o de alta dispersión, como es el caso de los barrios miserables o las estaciones de tren metropolitano; ambos grupos necesitan adquirir mayor capacidad para formular demandas coherentes con sus necesidades reales: ambos grupos necesitan respuestas concretas que se articulen en un marco comunitario y de desarrollo humano global. Así, se forma una nación mixta donde enfermedades y condiciones desfavorecidas se entrecruzan.

Entre las muchas Naciones oficiales de este mundo hay esta nación con la "n" minúscula, transversal, sin poder ni voz. Esta es una utopía para el siglo que viene: dar voz y poder a esta nación tan enorme como desposeída carente de poder. Necesitamos, sin embargo, entender más sobre las diferentes clases de obstáculos que hace que esta utopía siga sin esperanza.

Hay obstáculos que dependen de variables "macro", como son las políticas, las militares, las económicas y la sociales de los Estados y que parecen tan fuera del control de los ciudadanos comunes que surge la peligrosa tentación de renunciar a la concretización de la utopía.

Sin embargo, existen muchísimos obstáculos que pueden superarse mediante un proyecto individual y colectivo que sepa plantear la urgencia ética del asunto, así como la posibilidad de enfrentarse concretamente a él.

Por ejemplo, hay obstáculos que requieren cambios en la visión personal y colectiva que todos tenemos de la diversidad, de la enfermedad mental, de sus consecuencias y de las posibles respuestas.

Hay obstáculos, además, que requieren un mayor conocimiento por parte de los ciudadanos sobre qué servicio de salud vale la pena exigir a nuestros gobernantes.

Hay obstáculos, finalmente, que requieren acciones puntuales brindadas por actores definidos claramente (por ejemplo los servicios de salud) Y que también requieren una clara responsabilidad por parte de los salubristas, de los planificadores y de los políticos (por ejemplo, el grado de acceso a los servicios o su financiación). Se trata de una alianza entre distintos actores, disciplinas, servicios y recursos: mientras más difusa e indefinible sea la condición de sufrimiento en favor de la cual se actúa, más difusa e indefinible será la "tecnología" que hay que utilizar. Una tecnología difusa pero con objetivos definidos; difusa en cuanto se refiere a problemas complejos y entrecruzados, indefinida por cuanto no está formalizada y se compone de distintos saberes. Como dije antes, utilizaré el paradigma del enfermo mental para diseñar un mapa de los problemas y para evocar una reflexión sobre las respuestas.

El exceso de identidad.

La adopción exclusiva del modelo biomédico en el área del sufrimiento mental ha venido reforzando un paradigma lineal tan positivista como obsoleto. Hay un determinismo claro y distinto: una causa para cada enfermedad mental y, por consecuencia, un tratamiento específico. No importa que la causa pueda ser psicológica o biológica (este conflicto ya debería ser asunto de anticuarios): lo que sigue siendo hegemónico es el pensamiento lineal que pretende simplificar el sufrimiento y pretende dar respuestas simples a demandas cuya formulación simple ha sido artificialmente inducida. La lógica que caracteriza al paradigma médico (biomédico, psicomédico, sociomédico, o sea, independientemente de sus

mayores o menores concesiones en cuanto a los aportes de la psicología o de la sociología) es:

- Lineal: un daño definido provoca una condición de enfermedad y los tratamientos serán reparadores de este daño.

- Individualista: la salud y la enfermedad están determinadas por los recursos-deficiencias del individuo y los tratamientos constituyen intervenciones exclusivamente dirigidas al individuo.

- Ahistórica: pretende ignorar la interacción del individuo con su medio, su cultura, su historia y su condición social.

En realidad, el problema del sufrimiento mental es mucho más complejo, y tal complejidad está bien sintetizada en la pregunta formulada por el genial norteamericano Leon Eisenberg a propósito de la enfermedad mental: "Brain diseases or problems in living?", es decir, cuando nos referimos a la enfermedad mental ¿nos referimos a trastornos del sistema nervioso central, o a problemas del "vivir"?

La aparente ingenuidad de la pregunta en realidad supera la cuestión mente-cuerpo (y el aburridísimo debate entre psiquiatras biólogos y psicólogos), proponiendo una tercera variable: el ambiente, o sea la interacción entre el sujeto biopsíquico por un lado y el contexto por el otro. Los factores macrosociales, las diferencias naturales, los eventos externos y extremos, las condiciones socioeconómicas, la falta de un adecuado soporte social, y el ambiente relacional) adverso son todos factores totalmente o relativamente independientes de las características biológicas a psicológicas de un individuo. Los contextos micro y macrosociales en conjunto juegan un papel crucial en el desencadenamiento y en la evolución de las enfermedades mentales.

Sin embargo, sería un error limitarse a sumar la condición social a las dimensiones psicológicas y biológicas para simplemente extender una lista de factores causales o de riesgo. La operación conceptual y operativa necesaria es mucho más compleja: se trata de generar un enfoque

global de la enfermedad y de la salud, donde los modelos teóricos (y las prácticas de intervención) sean más articulados, interdisciplinarios e innovadores y no se limiten a sumar remedios como en una receta de un médico demasiado confuso.

En este punto es importante aclarar de una vez por todas que el conflicto de enfoques (biológico, psicológico y social) es en sí un conflicto falso: a la maduración de los conocimientos en neurobiología, neuropsicología psicodinámica y sociología sería insensato proponer un modelo de salud-enfermedad que no fuese interactivo complejo. El conflicto real existe y se da entre el paradigma médico y el paradigma del desarrollo humano.

El rol hegemónico del paradigma médico en realidad sobrepasa los límites de la medicina y penetra otros sectores, coloniza otros problemas, se apropia del sufrimiento, lo define, lo clasifica, lo fragmenta en tipologías y administra respuestas. Una respuesta por cada demanda y, si la demanda no encuentra respuesta, habrá que reformularla de manera que al final no se formen grupos de demandantes insatisfechos. Esta lógica fragmenta las demandas, así como las respuestas, crea grupos o grupitos de postulantes.

Escribe Jurandir Freire Costa, profesor del Instituto de Medicina Social de UERJ: *"Estamos criando, cada mais, populações e tipificações específicas. Cada vez mais somos especialistas em aidéticos, em veijos homossexuais, em negros, em mulheres, em crianças etc. Cada vez mais estamos criando un mundo de tribos onde praticamente nao existe urna especie de referencia ao "nos"(...)"*.

Resulta un mapa cada vez más complejo de respuestas, de demandas, de saberes y de poderes y de instituciones para contener todas estas identidades separadas entre sí. Sabemos cómo cada identidad es el resultado de un proceso de diferenciación con relación a un flujo magmático e indiferenciado dentro del cual existen conexiones múltiples; el proceso de construcción de la identi-

dad selecciona y reduce las conexiones, simplifica múltiples posibilidades existentes, fija los términos de referencia, traza límites y fronteras. Se trata de un proceso que continuamente y contemporáneamente se cumple en lugares diversos, de manera que procesos de identificación similares pueden encontrarse en etapas diferentes, debido a las condiciones históricas o geográficas. La identidad de un determinado grupo humano seguramente se constituye a partir de una urgencia de reconocimiento, de la necesidad de afirmar una diferencia y este proceso, históricamente y geográficamente determinado, trae consigo experiencias individuales y grupales que permiten la creación de nuevos conocimientos, la formación de nuevos sujetos históricos, la formación de nuevas ideas políticas, la construcción de nuevos lenguajes artísticos: así nos enseña la historia de todos los movimientos donde una minoría ha sido reconocida como tal y ha venido construyendo su propia identidad (cabe señalar que una minoría puede ser tal por su escasez numérica relativa –como es el caso de muchos pueblos indígenas– o por escasez de su representación efectiva en el seno de una comunidad, como fue el caso de la mayoría negra en África del Sur. Podemos afirmar que todo proceso de autoidentificación de una minoría es un proceso enriquecedor.

Sin embargo, hay una etapa en los procesos de construcción de la identidad en el que la identidad se ha hecho tan fuerte y ha ganado tanto su espacio que se convierte en una institución, o sea, termina la fase en que la diferenciación es enriquecedora y empieza la fase en que la identidad se encuentra prisionera de sus propias características, en que la identidad no sirve a la formación de nuevos nexos sino más bien a su propia auto reproducción. La identidad, así institucionalizada, no se interpela más a sí misma ni al mundo, sino que se limita a sumarse a las otras instituciones existentes, como un elemento más en el panorama.

Los sujetos que en principio habían reconoci-

do en sí la existencia de una identidad (una, pero no la exclusiva) asumen íntegramente esta identidad como la única y se vuelven integristas.

El integrismo es una forma de institución total.

Si la identidad es una exigencia irrenunciable, sin embargo, “de una sola identidad se muere” (Remotti), o se mata. Todos somos conscientes de que algunas identidades (las étnicas o las religiosas) encuentran momentos históricos o situaciones geopolíticas en que son alimentadas artificialmente por los gobiernos, y gran parte de la historia contemporánea lo muestra en toda su tragedia. Muchas otras identidades que se refieren a grupos humanos más limitados, y cuyas reivindicaciones no tienen mayores consecuencias geopolíticas, no interesan a los gobiernos, pero sí pueden ser alimentadas por intereses económicos, sociales o de política nacional o local.

Identidades con fronteras y permeabilidad de las fronteras.

Vamos ahora a poner orden entre los conceptos hasta aquí mencionados, volviendo al paradigma de la salud mental y de la enfermedad mental.

Los conceptos que nos servirán son los siguientes:

- El modelo biomédico es un paradigma simplificador.
- La colonización de todo sufrimiento humano por parte del modelo biomédico es un riesgo real.
- La multiplicación artificial de las identidades ligadas a los sufrimientos es una consecuencia de los conceptos citados anteriormente.
- Las respuestas que cada identidad recibe son cada día más fragmentadas.
- Se multiplican y refuerzan las fronteras entre las identidades.
- El sujeto desaparece frente a la identidad en la cual está encerrado y por la cual está definido. Podemos expresar esta secuencia lógica de

Si la identidad es una exigencia irrenunciable, sin embargo, “de una sola identidad se muere” (Remotti), o se mata.

forma más articulada. El modelo biomédico de la enfermedad mental busca paradigmas lineales de causa-efecto y no tolera la complejidad que lo obligaría a dar respuestas complejas.

La extensión del modelo biomédico a todos los sufrimientos psicosociales determina una clasificación artificial de los sufrimientos en categorías simplificadas (la mujer golpeada se transforma en paciente deprimida, el refugiado de guerra se transforma en paciente que sufre de estrés postraumático, etc.).

Se van construyendo así nuevas identidades ficticias (y un ejemplo muy interesante son las asociaciones de pacientes psiquiátricos organizadas según diagnóstico) que formulan demandas hiperseleccionadas en espera de respuestas otro tanto hiperseleccionadas: a demanda simple y seleccionada corresponde una respuesta simple y seleccionada.

En consecuencia, los grupos humanos tienden a organizarse y a pensar a partir de la afirmación de una identidad que niega la existencia y la riqueza de las muchas identidades que existen en un mismo sujeto: las personas ya no se describen como personas sino como deprimidos, como obsesivo-compulsivos, como psiquiatras como psicólogos etc, y los serbios como serbios y los hutu como hutu.

¿Cómo se describirá un psiquiatra serbio que se encuentre deprimido? En otras palabras, ¿cómo no perder la riqueza tal vez contradictoria de las identidades en un sujeto? ¿Cómo permanecer en relación e intercambio con las muchas pertenencias de cada sujeto? ¿Sus múltiples comunidades, culturas, condiciones, etc.?

El filósofo italiano Giorgio Agamben, en su obra *La comunidad que viene*, plantea la posibilidad de que los humanos, en lugar de seguir buscando una identidad propia, puedan transformar su propio ser en una "singularidad sin identidad", de manera que las relaciones humanas puedan darse sin la mediación de las pertenencias de las identidades.

Sí, porque la fuerza de una identidad es inversamente proporcional a la fuerza y a la libertad del sujeto que está forzado y prisionero en ella.

Cuando la identidad integra al sujeto en sí misma, ella se vuelve una institución. El proceso de crítica a las instituciones totales no ha sido solamente un proceso de destrucción del escándalo manicomial (esto ha sido el aspecto más inmediatamente evidente), sino que ha sido un proceso de reconstrucción del sujeto que estaba dentro de la institución.

La institución total teme la diversidad, no tolera la diferencia, teme al extraño y al extranjero, teme la corporeidad, la sexualidad, la producción de sentido porque simplemente la institución debe emplear sus energías en autoreproducirse. La nación transversal de los enfermos mentales y de todos los que sufren por ser privados del derecho a la salud mental, la nación que está sin voz ni poder, corre el riesgo de ser forzada, obligada a asumir identidades artificiales, de ser obligada a permanecer en territorios definidos por fronteras impermeables, en reservas, campamentos, manicomios, diagnósticos, asociaciones, clubes, círculos: todo lo que obstruya los tránsitos de personas, de mercancías, de culturas, de argumentos, de locuras y de vehemencias.

Utopías para la tolerancia.

En los últimos diez años, en Francia se ha ido definiendo una expresión nueva que ahora ya forma parte integrante de la lengua de Voltaire: "sans papiers". Se usa para definir a los indocumentados que emigran de los países de África o de los Balcanes o de Europa del Este, llegan clandestinos y trabajan sin seguro ni seguridad hasta que se descubre que son "sans papiers". El fenómeno es similar en Italia, Alemania y en los países de la Unión Europea. La historia conoce muy bien los "sans papiers": simplemente cambia el grupo humano que se considera "indocu-

La institución total teme la diversidad, no tolera la diferencia, teme al extraño y al extranjero, teme la corporeidad, la sexualidad, la producción de sentido porque simplemente la institución debe emplear sus energías en autoreproducirse

Hay que hacer el camino al revés: reopoderar, desinstitucionalizar las identidades ficticias, reconstruir la historia del sujeto, reconstruir espacios y tiempos para la expresión del sentido.

mentado", o sea, incapaz de demostrar su pertenencia a los humanos con derechos.

Son indocumentados los emigrantes clandestinos así como son indocumentados los pacientes psiquiátricos. Hay diferentes maneras de ser "sans papiers".

Hay gente que sí que tienen los documentos, pero no están aquí porque están allá. Son humanos allá: pobres, sin trabajo, pero allá llevan un papel, concreto y metafórico, que dice que pertenecen a la humanidad. Aquí no, no tienen papel (ni concreto ni metafórico).

Son ajenos, extranjeros, diversos y, por lo tanto, sin papel.

La discriminación pasa por fronteras geográficas, económicas y étnicas.

Pero también hay gente que siempre ha vivido aquí y, sin embargo, son indocumentados, no tienen papeles y no hay ningún lugar donde los tengan. La discriminación pasa por otras fronteras: razón *versus* sin razón, comportamientos socialmente aceptados *versus* comportamientos raros, extraños. Estos también están excluidos, a pesar de que las fronteras que los separan de los demás se refieran a su exclusión de la historia hegemónica y no de la geografía hegemónica.

Los que hemos trabajado en los grandes asilos psiquiátricos tratando de acabar con ellos, sabemos muy bien que el proceso clave es el de la reconstrucción "histórica" de los internados, la reapropiación por su parte de su pasado y su presente, la reapropiación del sentido que cada uno de ellos ha producido en su vida, a pesar del notable esfuerzo que la institución hace en matar cada sentido individual, en aniquilar cada diferencia, en construir una falsa identidad colectiva: los enfermos mentales crónicos.

Otra vez una identidad al servicio de la negación del sujeto. Una primera etapa de la utopía debe ser la del reconocimiento, sin indecisiones ni excepciones, de que cada hombre y cada mujer es "productor de sentido". Etapa más ambiciosa deberá ser la de reconocer, y actuar

en consecuencia, que los millones de hombres y mujeres cuya producción de sentido está limitada, bloqueada, aniquilada, negada, no están en dicha condición por ser enfermos mentales o por estar en terribles situaciones de sufrimiento psicosocial, sino esencialmente por falta de respuesta adecuada a sus enfermedades o a sus sufrimientos psicosociales.

En otras palabras, no es la discapacidad resultante de condiciones de enfermedad o, de sufrimiento psicosocial la que quita sentido a los seres humanos, sino una decisión discriminatoria tomada por otros. Una decisión que define la producción de sentidos ajenos a la razón dominante como "ausencia de sentido". Y de allí empieza el proceso de pérdida del poder material y psicológico, la institucionalización dentro de categorías definidas una vez para siempre, la simplificación de las respuestas hasta la respuesta más simple y aniquiladora de la internación.

Hay que hacer el camino al revés: reopoderar, desinstitucionalizar las identidades ficticias, reconstruir la historia del sujeto, reconstruir espacios y tiempos para la expresión del sentido. Debemos preguntarnos si este proceso de rehistorificación no tiene algo en común con el necesario proceso de reconstrucción del sentido humano y cultural que está escondido bajo las diferencias geográficas, étnicas y culturales de los "otros" indocumentados de nuestro tiempo. En ambos casos se trata de un proceso de apoderamiento, de reapropiación de la subjetividad frente a la violencia de las identidades atribuidas y a veces autoatribuidas.

Sabemos todos que el problema de la diversidad, no se resuelve creando espacios concretos y metafóricos donde aislar, separar, aniquilar. No queremos aislar la diversidad y sobre este punto no es imposible crear consenso. Sin embargo, es mucho más difícil crear consenso para desmascarar la ilusión de normalizar la diversidad. Hay que desconfiar de aquellas soluciones plan-

teadas por la ilusión positivista de normalizar la diversidad.

Cuando se prohíbe a una minoría hablar su propia lengua, cuando se discrimina la homosexualidad, cuando se trata de reducir el sufrimiento de la mujer derivado de la violencia doméstica a un simple diagnóstico médico, se está negando la existencia de la diversidad o mejor dicho, se está obligando a la diversidad a no existir, a no afirmarse como parte ineludible de la complejidad. Es mucho más simple normalizar la diversidad que diversificar la norma. Se habla mucho de rehabilitación (de los enfermos mentales, de los discapacitados físicos, de los niños de la calle, de los reos en las cárceles). Se habla mucho de integración de los emigrantes o de los refugiados. Se habla mucho de luchar contra la exclusión. Sin embargo, estos procesos de rehabilitación, integración o inclusión no pueden ser vistos como procesos de normalización donde son los eslabones débiles de la cadena que deben modificarse mientras los eslabones fuertes no cambian.

Los que no tienen piernas podrán caminar gracias a piernas artificiales, es cierto, pero también gracias a menores barreras arquitectónicas en las ciudades. En otras palabras, si la discapacidad pertenece al sujeto, el *handicap* del cual sufre pertenece a la comunidad que lo rodea. La diversidad entonces debe inducir un cambio en las reglas del vivir y no solamente un cambio en sí misma. La inclusión no es el aprendizaje de parte de los pobres de las reglas de los ricos, sino es el cambio de las reglas de juego. No queremos ciudades sin diversos, sino más diversos en las ciudades. La utopía que queremos es la de comunidades humanas donde las diversidades tengan derechos de ciudadanía pero no como identidades separadas.

El psiquiatra italiano Franco Rotelli escribe que no hay centro de salud mental más bello que un bazar árabe. Me parece una imagen muy linda y muy inteligente. La plaza del mercado de la

Florencia del Renacimiento, el mercado de Chicácástenango en Guatemala, el puerto de Marsella, la playa de Río de Janeiro son centros de salud mental en tanto que lugares de encuentro, de intercambio, donde las identidades no existen pero sí existen las diversidades, o sea, los sujetos y el sentido que ellos producen. Ustedes saben que la palabra negocio viene del latín y significa negación del ocio.

Ocio como soledad, como aislamiento, como exclusión dentro de identidades pequeñas, pobres y reducidas. Negocio como proceso de intercambio entre personas, afectivo y material. Hace muchos años visité un taller de rehabilitación para pacientes dentro de un hospital psiquiátrico. Los pacientes producían objetos de terracota y los mandaban a unas tiendas de la ciudad. La ciudad en que se encontraba el hospital era constantemente visitada por los turistas, que querían comprar los objetos de terracota, que son una artesanía muy renombrada de aquella ciudad. Pregunté a uno de los pacientes cómo le iba el negocio: ¿vendían muchos de sus objetos de terracota? La respuesta fue simple y clara: "No vendemos ni uno" "¿Y por qué?", le pregunté yo. "Porque los turistas no son tontos y compran artesanía de buena calidad en las tiendas y la nuestra es fea".

Volví dos años después y me explicaron que ahora los pacientes ya no trabajan en el hospital porque tenían una tienda propia de artesanía en la ciudad. Fui a visitarlos con mucho entusiasmo. Otra vez hice mi pregunta sobre si vendían mucho o poco. El mismo señor de hace dos años me contestó: "No vendemos nada". "¿Y por qué?" Los turistas miran y siguen adelante para otras tiendas que venden artesanía de mejor calidad que la nuestra". Yo puse una cara triste, pero el señor se dio cuenta y me dijo: "Ahora sí que estamos contentos, ahora es muy diferente que antes". "Yo no veo mucha diferencia". El señor me dijo con voz clara y alegre: "Mire, hace dos años yo era un psicótico que hacía terracota fea.

La inclusión no es el aprendizaje de parte de los pobres de las reglas de los ricos, sino es el cambio de las reglas de juego. No queremos ciudades sin diversos, sino más diversos en las ciudades. La utopía que queremos es la de comunidades humanas donde las diversidades tengan derechos de ciudadanía pero no como identidades separadas.

Ahora yo soy el dueño de una tienda de artesanía de esta ciudad, psicótico todavía, y el *business* (así dijo) anda muy mal, como muchos otros en este país. Somos comerciantes en dificultades”.

Este señor tenía muy clara la diferencia entre ser psicótico excluido o ser psicótico incluido, o sea, gozar del derecho de ser un ciudadano antes que un enfermo. Lo que él ganaba era la posibilidad de estar sentado en el bazar árabe, psicótico, pobre, pero ciudadano. Había ganado identidades adicionales y ya no era el dueño de una sola identidad.

Ciudadanía como marco de las identidades.

La ciudadanía es el marco ineludible de cualquier discurso sobre la diversidad. La ciudadanía es la precondition de cualquier tratamiento de la enfermedad. La ciudadanía es un derecho en sí: suma de derechos negativos (a no ser excluido, a no ser abandonado, a no ser violado) y de derechos positivos (a ser atendido por los servicios de salud, a ser atendido bien, a ser reconocido en sus necesidades).

Es muy probable que la necesidad de pertenecer a una y una sola identidad, prioritaria e integral, sea inversamente proporcional al goce de la ciudadanía: mientras más gozamos de los derechos de ciudadanía, menos necesitamos de reconocernos en una identidad única porque nuestra subjetividad está suficientemente reconocida.

La utopía de la salud para todos puede transformarse en programa real, en objetivo concreto cuando salud y ciudadanía sean vistos como escindibles. La tolerancia ha sido el paradigma iluminista que nos ha acompañado (en los ensayos filosóficos más que en la realidad histórica) desde la revolución francesa. Tolerancia como forma de aceptación de la diversidad, como esfuerzo moral e intelectual de los que pertenecen a la razón, a la norma, a la mayoría. Este noble esfuerzo moral ha diseñado una minoría

dentro de la mayoría: los hombres de buena voluntad que, sin embargo, no siempre son los que controlan las fronteras y que definen las normas para los que deben cruzarlas.

En nuestra época actual y en el futuro, la tolerancia deberá ejercerse con menos énfasis sobre la buena voluntad de los individuos y mucho más sobre la afirmación de derechos substanciales protegidos por las colectividades y por sus organizaciones públicas.

La ciudadanía es una forma de tolerancia que no está basada en la noble voluntad de una minoría iluminada, sino en la capacidad de organización de los recursos y de las instituciones que existen en una comunidad. La tolerancia como ética del respeto de la igualdad de los seres humanos se transforma en ética del acceso a las oportunidades materiales y afectivas de que una comunidad dispone.

Ya no puede ser más la época en que la ética es algo para filósofos o sacerdotes o teólogos; es la ética del acceso la que cambia la vida de los diversos y de todos los normales que en un momento dado de su vida normal serán también diversos: acceso a tratamientos, a ser escuchados, a apoyo, a recursos, a oportunidades, a intercambios, a plazas de mercado.

La ética del acceso se basa sobre una concepción de los servicios, y específicamente de los servicios de salud, totalmente diferente de aquella que generalmente caracteriza a los servicios de salud en la realidad.

Una vez más, utilizamos el ejemplo de la salud mental. Se trata de imaginar el servicio de salud mental como un espacio concreto y metafórico que esté caracterizado por ser accesible, flexible, permeable a saberes diferentes, preocupado de generar intercambios, relaciones y oportunidades para sus clientes.

Un servicio de salud mental de alta calidad es un sistema de espacios físicos y de recursos humanos capaz de interactuar con el nivel primario de atención de salud, con otros sectores del sistema

La tolerancia como ética del respeto de la igualdad de los seres humanos se transforma en ética del acceso a las oportunidades materiales y afectivas de que una comunidad dispone.

de salud, con otras agencias sociales y con la comunidad que lo rodea. El servicio tiene que ser constantemente atravesado y habitado por los usuarios y los profesionales de salud mental. El servicio no puede ser proveedor de una oferta cerrada, o sea, definida una vez por todas. No se trata de un restaurante que tiene sus platos fijos y los clientes deben adaptarse a la oferta; esta lógica funciona en los restaurantes porque los clientes pueden escoger varios restaurantes hasta que encuentren la comida que les agrada más. El servicio de salud mental sirve a una población que vive en un área definida del territorio y los usuarios tienen derecho a encontrar lo que les sirve a ellos y no lo que el dueño del restaurante ha establecido. Hay servicios de salud mental que ofrecen terapia farmacológica y nada más, otros que ofrecen psicoterapia familiar porque es lo que le gusta al dueño, etc. No puede ser así.

Los usuarios tienen derecho a encontrar quien les escuche, apoyo psicológico, programas de rehabilitación, tratamientos farmacológicos adecuados, oportunidades de socialización, posibilidad de ser hospitalizados por periodos breves en ambientes adecuados (y los manicomios no son ambientes adecuados a nada) etc., porque estas son las herramientas que han mostrado ser efectivas para ayudar a los que padecen de enfermedades mentales. Punto.

No hay mucho que discutir. Los usuarios tienen derecho a utilizar el servicio cuando lo necesitan y no cuando el servicio esté funcionando (quizás una hora por día).

El servicio de salud mental es comunitario no porque esté ubicado (o sea que tenga una dirección postal) en algún rincón de una ciudad o de una zona rural, sino que ser comunitario implica una estrategia de acciones e interacciones con la comunidad. Todo esto que aquí estamos planteando no es algo extraño, revolucionario, imposible. No es extraño porque está descrito y recomendado en la gran mayoría de las revistas científicas internacionales; no es revolucionario

porque ha sido realizado en muchos países o regiones o provincias del mundo donde no hay ningún tipo de revolución, sino simplemente una política de salud mental y una organización de los servicios de buena calidad; no es imposible porque existe tanto en países industrializados de muchos recursos como en países de muchos menores recursos. No es algo que pertenezca al Norte del mundo ni al Sur porque existe tanto en el Norte como en el Sur.

Hay ejemplos extraordinarios en Europa (en Italia, en España, en Inglaterra) así como en países de Asia (en India, por ejemplo) y naturalmente también en América Latina (y en Brasil, por supuesto). Una crítica a este modelo de servicio se basa a veces en el argumento de la falta de recursos.

Es un argumento seguramente serio y que debe ser tomado en cuenta, pero, al mismo tiempo, es un argumento que disimula la falta de capacidad de cambio e innovación de los profesionales y los salubristas.

Hay que reflexionar cuidadosamente sobre la noción de "recurso" en salud mental. Todos ustedes recordarán el cuento de Robinson Crusoe que, después del naufragio del barco, se encuentra solo en una isla desierta. Robinson está desesperado porque no encuentra salida a su situación: no hay de qué comer y no hay agua tampoco. No hay nada de nada.

Su única posibilidad de supervivencia está en el pecio del barco semi sumergido: con mucho trabajo, él puede salvar algunas galletas, vino, otros alimentos y muchas otras cosas que le podrán servir en su vida solitaria de naufrago. Con el transcurrir del tiempo, sin embargo, estos recursos van desapareciendo y Robinson empieza a ver con otros ojos el ambiente que lo rodea. Empieza una exploración sistemática de la isla y encuentra un río, unas plantas, vegetales, animales, etc. y, poco a poco, la isla desierta se transforma en un lugar de vida posible, llena de recursos; hay de todo, hasta otro ser humano.

El servicio de salud mental es comunitario no porque esté ubicado (o sea que tenga una dirección postal) en algún rincón de una ciudad o de una zona rural, sino que ser comunitario implica una estrategia de acciones e interacciones con la comunidad.

La miseria de los servicios depende sobre todo de la miseria conceptual y organizativa de los mismos; es el aislamiento de la psiquiatría la que aísla a los usuarios de la psiquiatría, así como es su miseria intrínseca la que hace miserables sus lugares de acción.

El río, las plantas, los vegetales, los animales y el hombre que residen en esta isla estaban allí desde siempre.

Robinson simplemente no los había visto. Lo que se modifica no es la isla, sino la mirada de Robinson.

No hay recursos en nuestras islas desiertas de los servicios públicos. Es verdad, pero también es verdad que nuestra mirada es muy estereotipada, limitada: recurso es lo que nos dan.

Es verdad, pero recurso es también lo que hay y que no sabemos ver.

La comunidad en sí es un recurso, los organismos públicos (los otros servicios de salud, las escuelas, las entidades asistenciales) y los privados (las parroquias, los partidos políticos, los sindicatos, las asociaciones deportivas, etc.) son todos recursos. Los usuarios y sus familias son también un recurso. Hay que acabar con la idea de que los usuarios de un servicio sean simplemente un costo: son un costo y una inversión al mismo tiempo. En realidad, la miseria de los servicios depende sobre todo de la miseria conceptual y organizativa de los mismos; es el aislamiento de la psiquiatría la que aísla a los usuarios de la psiquiatría, así como es su miseria intrínseca la que hace miserables sus lugares de acción. Para probar lo que afirmo es suficiente comparar los servicios de cardiología o de cualquier otra especialidad médica en países ricos con los equivalentes en países pobres: la diferencia es evidente y depende de los mayores o menores recursos disponibles.

Si se comparan los manicomios de países con

notables diferencias de desarrollo económico se comprueba que la miseria es transversal, o sea, es una variable muy poco dependiente de la riqueza del país y mucho más dependiente de la concepción de la enfermedad mental.

Hay servicios psiquiátricos miserables en países ricos y hay servicios excelentes en países pobres. A los profesionales de salud mental que viven en el Sur del mundo y que preguntan "dónde" podrían irse con una beca para aprender "la buena psiquiatría", no hay necesariamente que contestarles con una lista de ciudades de Estados Unidos, de Inglaterra, de Alemania, etc. Se les puede también contestar: Visite los servicios de salud mental de la Provincia de Río Negro en la Patagonia; aprenda rehabilitación psicosocial en los centros de salud mental de Santos o en algunos CAPS de Sao Paulo; o en la ciudad de Madras en India, o en los centros de atención primaria de Irán. Allí podrán encontrar una riqueza de los servicios de salud mental que realmente es extraordinaria y que muestra cómo la psiquiatría pobre del Sur puede a veces enseñar mucho a la pobre psiquiatría del Norte.

Empecé hablando de utopías y terminé hablando de organización de servicios.

Quizás la exploración de los arcanos psíquicos o de los secretos bioquímicos sea menos fecunda, para los hombres y las mujeres que sufren y que no tienen poder, de cuanto podría ser la exploración de los arcanos de los balances financieros de los servicios públicos y privados que acompañan nuestra vida real.