

La utopía de la realidad

POR
FRANCO BASAGLIA

¿Existe la posibilidad de prefigurar el futuro de la psiquiatría, o programar los parámetros en torno a los cuales se desarrollará la futura asistencia psiquiátrica, sin tener en cuenta el lugar que ocupará el «hombre» en nuestra organización social? ¿Hasta qué punto una hipótesis técnica puede llevarse a cabo manteniéndose en la «neutralidad» de una intervención aséptica, donde se parte del presupuesto de que no existe relación alguna entre la «figura social» del que imparte el servicio y el individuo que lo solicita?

El año pasado, el profesor Christian Muller nos invitó a unos cuantos psiquiatras europeos y americanos a contestar sobre un cuestionario cuya temática versaba acerca de la «Utopía y realidad de la organización psiquiátrica futura». La respuesta por mi parte enviada al doctor Muller, por haber encontrado errores de traducción no aparecerá en el presente texto. Expondré por ello solo lo que a mi intervención se refiere, pues tiene relación directa con lo que en el encuentro estamos tratando: el futuro de la psiquiatría.

En su cuestionario el profesor Muller proponía la formulación de una hipótesis utópica. «Suponed que os desarrolléis en una sociedad occidental de tipo europeo o americano, organizada según vuestras propias concepciones políticas. Seríais llamados con el fin de organizar los servicios de salud mental y psiquiatría para una población urbana de un total de 100.000 habitantes. Tendríais la posibilidad de elegir los medios en el marco de un presupuesto razonable en relación a la renta de dicha población.» A continuación de esto seguían una serie de preguntas específicas acerca de las diversas modalidades de organización técnica prevista, dejando libres sin embargo a los entrevistados de contestar a unas u otras de las cuestiones.

Lo que me resultó verdaderamente interesante desde mi punto de vista

fue la premisa de carácter general de la cual se partía: partir de la formulación de una hipótesis utópica (la organización de un servicio psiquiátrico para una población abstracta de 100.000 habitantes), precisando al mismo tiempo los límites y confines de una realidad en la que necesariamente debe circunscribirse dicha utopía (país occidental de tipo europeo o americano) significa proponer o aceptar un discurso puramente ideológico donde la utopía, más que servir para transformar la realidad, es por parte de ésta determinada y neutralizada. El mundo occidental tiene tales contradicciones primarias y secundarias que hipotizar una población muestra, sin precisar si se refiere o no a una zona depauperada, en vías de industrialización o a una población de un alto status socioeconómico, sería imposible.

Sin tales referencias no puede proyectarse una hipótesis técnica que en definitiva responderá más que otra cosa, a las exigencias del técnico que a las del asistido, ello como resultado de una abstracción separada del terreno concreto de las necesidades a las cuales, una organización sanitaria evidentemente debiera responder.

Es éste quizá el error de partida del cuestionario: retener que una organización sanitaria psiquiátrica hoy, en una sociedad en continuo cambio, pueda ser una cosa aparte y referida sólo a la ideología técnico-científica de aquel encargado de llevarla a cabo.

«Realidad» o «utopía», en nuestro contexto social, no son términos contradictorios tendentes a producir una realidad nueva o sucesiva que incorpore o realice parte de la utopía. Por el contrario, ambos se reducen a términos complementarios mediante los cuales se proyectan esferas de acción separadas, de modo tal, que una pueda traducirse sin contradicción en la otra.

«Realidad» y «utopía» existen como aspectos aparentemente diferentes de la ideología que es, en definitiva, una falsa utopía construida sólo en beneficio de la clase dominante. La «realidad» en que vivimos es en sí misma una ideología, en el sentido que no corresponde a lo concreto, en palabras de Marx lo prácticamente verdadero, sino que es el resultado de medidas impuestas por la clase dominante en nombre de la comunidad. Y en la medida en que aquéllas no se corresponden con las exigencias de la comunidad, sino que responden a aquéllas de la clase en el poder que las dispone, éstas actúan como instrumentos de dominación. De igual modo como la utopía, como elemento contrapuesto de una realidad que no puede revelar sus contradicciones por no querer transformarlas, se traduce en una «ideología de la transformación» realizable en tanto que usada como elemento de dominio.

En este sentido y en nuestro contexto social determinado por una lógica económica en la que se encuentran subordinadas todas las relaciones y reglas de vida, no existe ni la «realidad» como expresión del «prácticamente verdadero» sobre la cual verificar la hipótesis como respuesta alternativa a las necesidades, ni la «utopía» como elemento hipotético que trascienda la realidad para transformarla. La utopía puede realizarse desde el momento en que el hombre ha logrado liberarse de la esclavitud de la «ideología» de tal forma

que pueda exponer sus propias necesidades en una realidad, que precisamente por esto, se muestra constantemente contradictoria y tal que contenga los elementos que permitan superarla y transformarla. Es entonces cuando se podrá hablar de «realidad» como ((prácticamente verdadero» y de «utopía» como elemento prefigurante de la posibilidad de una transformación real de éste «prácticamente verdadero».

Aclarada esta premisa de carácter teórico, intentaré abordar los problemas planteados en el tema consignado, utilizando críticamente los términos de «realidad» y «utopía» como son entendidos en este contexto, tratando en la medida de lo posible de esclarecer la imposibilidad práctica de respuesta, en una realidad como aquélla del «mundo occidental europeo o americano», a las necesidades de la comunidad a través de la organización abstracta de un sistema sanitario «prácticamente» irrealizable.

¿Puede pretenderse el organizar un área hipotética según una propia «filosofía» política y técnica, si este área se encuentra inserta en una esfera política y económicamente determinada apriorísticamente, que no deja espacio ni a las contradicciones ni a la utopía, sino en la medida en que llega a transformarlas en «ideología»?

¿Cómo plantear un servicio de asistencia psiquiátrica si no en respuesta a las necesidades específicas que se constatan en la realidad?

¿Cómo llegar a establecer las necesidades a las cuales debemos responder, si no es transfiriendo al terreno de la abstracción, el conocimiento que tenemos de las necesidades que nacen de nuestra realidad? ¿Y qué conocimiento real tenemos de estas necesidades si hasta el momento la única respuesta que se ha dado, no es sino el manicomio y la segregación?

Cuando se proyecta la organización de un servicio sanitario (en nuestro caso psiquiátrico), la dificultad radica en encontrar respuestas concretas a demandas concretas que provienen de la realidad donde se actúa. Estas respuestas deberían trascender dicha realidad —a través del elemento utópico— tendiendo a transformarla.

En este sentido, el hipotizar una organización sanitaria trae consigo el riesgo de caer en dos tipos de errores: por una parte, el proponer respuestas que van más allá del nivel de realidad en que se mueven las necesidades, creando otras a través de la producción de nuevas realidades-ideologías en que las medidas adoptadas se encuentran en disposición de responder; por otra, aquél de quedar fijados a la realidad, de proponer respuestas cerradas en la misma lógica que produce el problema que intentamos afrontar. En ambos casos la realidad permanece inalterada y las respuestas se limitan a definir y circunscribir la problemática en cada uno de los sectores específicos.

En el terreno de la asistencia, en primer lugar, se crearán nuevos servicios que, antes de hacer frente a las necesidades implícitas de la enfermedad a curar, crearán formas nuevas aún no codificadas y mediante las cuales, los servicios proyectados se establecerán como la respuesta ideológica-real.

Esta hipótesis proyectada no nace como respuesta directa a necesidades individuales sino que, por el contrario, es resultado de la evolución de un criterio científico que se desarrolla de forma conjunta entre su propia lógica y aquella economía del medio en que se actúa.

De este modo prefigura ideológicamente la realidad a la que se dispone responder, creando necesidades artificiales y descomponiendo las necesidades reales. Los servicios psiquiátricos de carácter preventivo, en la forma en que se proyectan y se llevan a cabo actualmente, se instalan en la lógica científica y económica que ha respondido y responde aún hoy, a la enfermedad mental con la segregación. La enfermedad es incurable o incomprensible, su síntoma principal es la peligrosidad y la obscenidad, por consiguiente, la única respuesta científica es el manicomio donde tutelarla y controlarla. Este axioma implica otro: la norma está representada por la eficiencia y la productividad, aquél que no responde a estos requisitos debe ubicarse en un espacio que no interrumpa el «ritmo» social.

En este sentido, ciencia y política económica van de forma paralela, la primera confirmando los límites de la norma que le son de más utilidad a la segunda. La ciencia sirve pues para confirmar una diversidad patológica que viene instrumentalizada según las exigencias de orden público y del desarrollo económico, asumiendo su función de control social.

¿Por otra parte, cómo justificar el hecho de que sólo aquellas personas de escasa contractualidad acaban cayendo en las redes de las instituciones públicas, donde la enfermedad más que ser curada se confirma la mayoría de los casos como incurable?

El enfermo que de una forma u otra puede gestionar su propio disturbio, permanece inserto en el ciclo productivo (como sujeto-objeto de un particular ciclo económico como aquél de las clínicas y los médicos privados) de forma tal, que preserva prácticamente intacto su rol social. No es, pues, sólo la enfermedad aquello que caracteriza el internamiento en un centro, sino más bien la pertenencia a una clase la que se establece en el origen de dicho internamiento.

Partiendo de estos presupuestos, los servicios de carácter preventivo que no conllevan a la transformación del manicomio y de la lógica segregativa que él implica son la demostración tácita del ensanchamiento del campo de la enfermedad más que de su restricción seguida a la cura. Estos centros no responden al problema de la enfermedad mental, sino que por el contrario absorben en dicho campo toda una gama de comportamientos que hasta ahora eran excluidos (por ejemplo, el caso de la gran cantidad de comportamientos antes aceptados y ahora definidos como conductas enfermas). La utopía-ideología, en este caso, no hace otra cosa que confirmar a un nivel diverso la codificación de «diversidad», permaneciendo inalterada tanto su naturaleza como su función en el interior del juego social.

El caso contrario de adherencia total a la realidad, sin que intervengan elementos utópicos que permitan transformarla, le corresponde la construcción

de estructuras sanitarias técnicamente más eficientes, que evidentemente conservan intacta la lógica en la cual se inserta la enfermedad, su definición y codificación, así como la naturaleza de las medidas hasta ahora emprendidas para hacerle frente. El demasiado realismo conlleva a la formación de respuestas colindantes con el escepticismo implícito en las estructuras asilares. Es decir, se continúa dando respuestas negativas o reductivas que se limitan a confirmar la negatividad de la realidad en la cual la utopía no tiene sentido y no **sirve** para transformar la lógica sobre la cual ella misma se sostiene.

Aquello que debe cambiar para poder transformar prácticamente las instituciones y los servicios psiquiátricos (como el resto de las instituciones sociales) es la relación entre ciudadano y sociedad, en la cual se establece sin duda la relación entre salud y enfermedad. Es decir, reconocer en primer lugar que la estrategia, la finalidad primera de toda acción es el hombre, sus necesidades, su vida, en el interior de una colectividad que se transforma con el fin de alcanzar la satisfacción de aquellas necesidades y la realización de esta **vida** para todos. Es precisamente aquí, donde se encuentra el significado de la necesidad de una toma de conciencia política en el interior de toda acción técnica. Esto significa llegar a comprender que el hombre, sano o enfermo va más allá del valor de la salud o la enfermedad, que la enfermedad como cualquier otra contradicción humana puede ser utilizada como elemento de integración o segregación, por consiguiente como elemento de marginación o dominio, que aquello que determina el significado y la evolución de toda acción es el valor que se le reconoce al hombre y el uso que de **él** se quiere hacer, de aquí se desprenderá el uso que se hará de su salud o de su enfermedad; que en base al diverso valor y uso del hombre adquieren o no valor absoluto (la una positivo, la otra negativo) como expresión de la inclusión del sano y la exclusión del enfermo de la norma; o un valor relativo, en cuanto suceso, experiencias, contradicciones de la vida que se desenvuelve entre la salud y la enfermedad. Cuando el valor es el hombre, la salud no puede **representar** la «norma», si se da por supuesto que la condición humana es la de instalarse constantemente entre la salud y la enfermedad.

Si el valor primario es el hombre, el disminuido, el incapacitado, el deficiente, no son los elementos negativos de un engranaje que a pesar de todo sabe funcionar en un solo sentido, sino que forman parte del total de los sujetos, cuyas necesidades deben ser satisfechas y por lo que la producción existe y se desarrolla. Pero en la sociedad occidental, a pesar de que se tienda hacia un nivel en que, por ejemplo, garantice la asistencia para todos en un régimen de tipo interclasista, el valor primordial nunca sería el hombre, que quedaría — aunque en dimensión — dominado y subordinado en nombre de la lógica económica, en donde no participaría sino en cuanto objeto pasivo: lógica que se fundamenta, por cierto, sobre la pasividad y destrucción del hombre, el cual no cambia a través de la transformación que ella misma produce. Si no cambia esta actitud (que inevitablemente es de naturaleza política) hacia el enfermo, el incapacitado, el disminuido, no cambia el significado destructivo

implícito en su curación: la segregación como única respuesta institucional y la codificación de una «diversidad» que puede ser instrumentalizada como elemento de discriminación social, aún en la fase preventiva.

Cuando se habla de exclusión a ciertos niveles sociales, de relaciones sociales de producción como fundamento de toda relación entre hombre y hombre en la sociedad occidental, se entiende también como la enfermedad - de cualquier naturaleza que ésta sea— puede llegar a ser uno de los elementos utilizables en el interior de esta lógica, utilizada como argumento de una exclusión cuya naturaleza irreversible proviene de la categoría de pertenencia del paciente y de su poder económico. Esto significa —como se ha sobreentendido a menudo— que dentro de los procesos fundamentales del hombre, la enfermedad mental no exista y que no se le tenga en cuenta en psiquiatría, es decir, en medicina. Pero significa que la enfermedad, pueda ella misma ser utilizada en la lógica de la explotación y el privilegio, asumiendo de esta manera otro matiz —social— que la convierte de tanto en tanto en algo distinto de lo que era primariamente.

En este sentido, programar un servicio sanitario que parta de las premisas políticas y sociales ahora bosquejadas y que deje inalterado el mecanismo, significa aceptar en el terreno de la enfermedad también aquello que nada tiene que ver con aquélla. Lo cual significa, que más que responder a las necesidades reales, el servicio proyectado contribuirá a dilatar el terreno de la enfermedad englobándose los elementos de naturaleza social que se le superponen y en los cuales se termina por identificarlos. En la medida en que la utopía no es posible sino como traducción automática de ideología-realidad, las técnicas terapéuticas no responden nunca a la enfermedad sino al «doble» que viene construido como respuesta a las exigencias de la producción y del consumo.

Proyectar sobre estas bases la prestación de un servicio donde rige la ideología médica totalmente privada de todo elemento utópico prefigurante de la respuesta a la enfermedad, significa aceptar que vengan definidos como enfermos (por consiguiente vengan englobados en las diferentes instituciones competentes) comportamientos que puedan ser emergentes de malestares sociales. Tarea de una programación sanitaria que quiera responder a las necesidades reales, es la individualización y el conocimiento del uso que explícitamente viene hecho de la enfermedad, de modo que los servicios proyectados no sirven para dilatarla sino, por el contrario, a reducirla.

De estas premisas es fácil deducir que, bajo mi punto de vista, es imposible proyectar un programa real para una utópica población de 100.000 habitantes. Imposible si la respuesta continúa a moverse en el terreno de lo ideológico, es decir, de la utopía realizada sólo en beneficio de pocos, dado que no estamos en condiciones, actuando de esta manera, de conocer las necesidades a las que debemos responder; inútil si permanece encerrada en los límites de la realidad actual (que es la realidad-ideología) sin trascenderla para transformarla.

Tenemos que aprender que el médico y los equipos interdisciplinarios no organizan en primera persona los servicios sanitarios como simple respuesta técnica a una necesidad humana. Ellos se limitan a llevar a cabo el encargo implícito en su rol: aquél que proviene de su pertenencia a la clase dominante y que consiente utilizar el propio conocimiento técnico como instrumento de poder y de dominio sobre la clase dominada para la cual, la alternativa a la explotación en caso de enfermedad o deficiencia es sólo la exclusión y la segregación, es decir, la destrucción total.

Si una relación de dominio tal está en la base de la relación entre hombre y hombre, ¿cómo presumir que la relación terapéutica entre médico y paciente esté exenta del componente de clase implícito en toda relación social? ¿Y cómo hablar de profilaxis psiquiátrica si uno de los lugares más nocivos para la salud del ciudadano es justamente la institución médica (hospitales, ambulatorio~, dispensarios, centros de higiene mental) donde rige a todos los niveles la relación de dominio y engaño implícita en la estructura de nuestra sociedad? Desde el momento en que las instituciones creadas y programadas para la prevención (primaria, secundaria y terciaria) son ellas mismas productoras de enfermedad, la prevención no sirve más que para confirmar la función de la institución como instrumento de control a través de la enfermedad, que por esto será alimentada más que curada. Salud y enfermedad no son términos abstractos sino elementos constitutivos de una realidad violenta y opresiva donde el encuentro entre hombre y hombre es por sí mismo «causa» y «ocasión» de enfermedad. En este sentido las estructuras que deberían servir para su prevención, resultan totalmente inadecuadas en la medida en que no atacan sino que confirman la naturaleza de las relaciones de dominio a través de la relación técnico-asistido.

En el momento en que estas organizaciones sanitarias nacen, debemos ser conscientes del rol que juegan. El técnico al poner a disposición de la asistencia su saber debe negar en sí el «poder social» implícito en su figura. La ruptura del binomio saber-poder, actualmente automático e inseparable del rol del médico, es tarea de la nueva institución destinada a la prevención de la enfermedad. Pero esta prevención puede darse sólo a través de la contemporánea protección del técnico y del enfermo, de modo que la realidad conserve su contradicción natural (la contemporánea presencia en la vida de la salud y la enfermedad), sin que la enfermedad se transforme en un valor negativo absoluto, contrapuesto, al único valor absoluto representado por la salud.

Mientras que sea la ideología dominante quien programa los nuevos servicios sanitarios, las nuevas estructuras y los nuevos modelos no pueden más que continuar confirmando prácticamente los valores de la clase dominante. Y esto continuará concretándose en la «organización de las necesidades» de la clase subalterna sin que se responda jamás a tales necesidades, dado que la organización responde siempre a las necesidades del técnico y no a aquéllas del asistido aunque aparentemente el médico cura y el paciente es curado.

A propósito de esto se podría reformular de manera diferente la pregunta central del cuestionario introduciéndole realmente el elemento utópico: ¿cómo proyectar un servicio para 100.000 habitantes, servicio en el cual el técnico viva prácticamente la contradicción entre su rol de poder y su rol de saber?

Es cuanto intentamos hacer en este terreno práctico institucional, donde los técnicos actúan tendiendo a utilizar la ciencia y la técnica como instrumentos de liberación y no de opresión del asistido. Y esto es posible sólo si, dentro de cada intervención técnica se tienen constantemente en cuenta los juegos de poder implícitos en los roles. La clase a la que pertenece el internado psiquiátrico y la evidente función de control social por parte de las instituciones y de quienes las dirigen, hace explícita la función política de la ideología psiquiátrica que tiene como primera finalidad la tutela del orden público y no la cura del enfermo.

Yo dirijo (*) actualmente una institución hospitalaria que sirve a un área de 300.000 habitantes. Estoy obligado —no obstante las premisas antes indicadas— a hacer programas, pero no me retiro del mundo de las ideas, de los proyectos, de las abstracciones: intento en la medida de lo posible —entre práctica e ideología— atender a las necesidades de la población que debo asistir, manteniendo un vínculo con los movimientos que en los diversos sectores —de la comunidad— tienden al rechazo de la opresión y la destrucción de quien no tiene el poder de oponerse.

Nosotros, técnicos, estamos encargados de usar nuestro saber y el poder implícito en nuestro rol como instrumentos de dominación. Debemos, por el contrario, usar este poder cada uno en su propio sector, para hacer explícitos los procesos a través de los cuales se desarrolla este dominio para que, la clase que es objeto de engaño a todos los niveles, se apropie de este conocimiento y rechace el mecanismo.

Pero nuestra intervención no puede limitarse a la eterna tarea del intelectual burgués que enseña al oprimido la vía de su liberación, porque de esta manera se continúa perpetuando nuestra distancia y nuestra dominación. Nosotros debemos mostrar en la vía de la práctica, a través del conocimiento de que disponemos y «junto a quienes son objeto de opresión», el uso concreto que cotidianamente se hace de la ciencia burguesa en desventaja de la clase dominada, porque a través de la realidad práctica de nuestra acción, «terreno sobre el cual nos encontramos obligados a pagar personalmente nuestro poder», el oprimido tome consciencia de todos los mecanismos a través de los cuales pasa la opresión con el fin de combatirlos.

(Traducido del original italiano, escrito en 1974, por M." Dolores López Mondéjar y Bartolomé Ruiz Periago.)

(*) El doctor Franco Basaglia, falleció el año 1980 de un tumor cerebral. Su cuerpo descansa en el Cementerio de Venecia. Actualmente la dirección de los servicios psiquiátricos de la Provincia de Trieste están a cargo del doctor Franco Rotelli.