

Experiencias y vínculos cooperativos en el sostenimiento de la vida en América Latina y el sur de Europa

**Cristina Vega,
Raquel Martínez-Buján
y Myriam Paredes (eds.)**

traficantes de sueños

Traficantes de Sueños no es una casa editorial, ni siquiera una editorial independiente que contempla la publicación de una colección variable de textos críticos. Es, por el contrario, un proyecto, en el sentido estricto de «apuesta», que se dirige a cartografiar las líneas constituyentes de otras formas de vida. La construcción teórica y práctica de la caja de herramientas que, con palabras propias, puede componer el ciclo de luchas de las próximas décadas.

Sin complacencias con la arcaica sacralidad del libro, sin concesiones con el narcisismo literario, sin lealtad alguna a los usurpadores del saber, TdS adopta sin ambages la libertad de acceso al conocimiento. Queda, por tanto, permitida y abierta la reproducción total o parcial de los textos publicados, en cualquier formato imaginable, salvo por explícita voluntad del autor o de la autora y sólo en el caso de las ediciones con ánimo de lucro.

Omnia sunt communia!

© 2018, de los textos, sus autoras.
© 2018, de la edición, Traficantes de Sueños.



**creative
commons**

Licencia Creative Commons
Reconocimiento-NoComercial 4.0 España

Usted es libre de:

*Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato

*Adaptar — remezclar, transformar y crear a partir del material

El licenciadore no puede revocar estas libertades mientras cumpla con los términos de la licencia.

Bajo las condiciones siguientes:

*Reconocimiento — Debe reconocer adecuadamente la autoría, proporcionar un enlace a la licencia e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo de cualquier manera razonable, pero no de una manera que sugiera que tiene el apoyo del licenciadore o lo recibe por el uso que hace.

*NoComercial — No puede utilizar el material para una finalidad comercial.

No hay restricciones adicionales — No puede aplicar términos legales o medidas tecnológicas que legalmente restrinjan realizar aquello que la licencia permite.

No tiene que cumplir con la licencia para aquellos elementos del material en el dominio público o cuando su utilización esté permitida por la aplicación de una excepción o un límite.

No se dan garantías. La licencia puede no ofrecer todos los permisos necesarios para la utilización prevista. Por ejemplo, otros derechos como los de publicidad, privacidad, o los derechos morales pueden limitar el uso del material.

Título: Experiencias y vínculos cooperativos en el sostenimiento de la vida en América Latina y el sur de Europa

Editoras del libro:

Cristina Vega, Raquel Martínez-Buján y Myriam Paredes

Traductoras:

Marta Malo de Molina, capítulo 5, y Mariajo Castro Lage (Syntagmas), capítulo 11.

Maquetación y diseño de cubierta:

Traficantes de Sueños.

taller@traficantes.net

Edición:

Traficantes de Sueños

C/ Duque de Alba 13

28012 Madrid. Tlf: 915320928

e-mail:editorial@traficantes.net

ISBN 13: 978-84-949147-2-0

Índice

Prefacio. <i>Raquel Gutiérrez Aguilar</i>	9
Introducción. <i>Cristina Vega, Raquel Martínez-Buján y Myriam Paredes</i>	15
I. Extracciones, apropiaciones y sostenimiento de la vida	51
1. Economía Plebeya. Familias, hogares y comunidad en Europa del Sur. <i>Montserrat Carbonell Esteller</i>	53
2. El agua, el cuidado y lo comunitario en la Amazonía boliviana y ecuatoriana. <i>Elizabeth López Canelas y Cristina Cielo</i>	75
3. Neo-comunidad: circuitos clandestinos, explotación y resistencias. <i>Verónica Gago</i>	97
4. La familia de la Tía Gloria: crianza y poder punitivo estatal en Ecuador. <i>Andrea Aguirre</i>	115
5. Sanación, cuidado y memoria afrodescendiente en el Pacífico colombiano. Las mujeres frente el conflicto armado. <i>Olga Araujo / Gloria Bermúdez y Cristina Vega</i>	133
II. Interrogar lo público común	145
6. Futuro anterior de la ciudad social. Reflexiones desde la experiencia de atención sanitaria territorial en Trieste. <i>Franco Rotelli y Giovanna Gallio / Entrar Afuera</i>	147
7. La acción comunitaria y los cuidados a domicilio. <i>Sara Moreno-Colom</i>	169
8. Tejer cuidados a micro y macro escala entre lo público y lo común. <i>Susana Draper</i>	189
9. Bancos de tiempo, sostenibilidad de la vida y nuevos comunes. <i>Lucía del Moral</i>	209
III. Hacer común la comunidad	233
10. Travesías del cuidado de la niñez indígena en Ecuador. <i>Mercedes Prieto y María Isabel Miranda</i>	235
11. «Problemas de la cabeza» en una comunidad en el sur de Brasil. <i>Claudia Fonseca y Helena Fietz</i>	257
12. Ayuda mutua y Estado de Bienestar. Reflexiones a partir de la experiencia del «Grupo de apoyo Daniel Wagman». <i>Silvina Monteros</i>	277
13. Mujeres migrantes en el cuidado comunitario. Organización, jerarquías y disputas al sur de Buenos Aires. <i>Carolina Rosas</i>	301
14. Aquelarres de resistencia. Una conversa que busca una confluencia <i>Ana Moreira y Mercedes Rodríguez (Brujas Migrantes) / Marta Malo</i>	325
Sobre las autoras	337

II. Interrogar lo público común

6. Futuro anterior de la ciudad social. Reflexiones desde la experiencia de atención sanitaria territorial en Trieste

Franco Rotelli y Giovanna Gallio / Entrar Afuera

A modo de introducción

*Entrar Afuera*¹

Hay cierta lectura izquierdista que nos dice que, cuando a finales de los años 1960 y 1970, los movimientos sociales arremetieron contra las instituciones totales del orden fordista (la fábrica, el manicomio, la escuela, el hospital...) como lugares de encierro, lo que hicieron fue derribar unos muros que sin duda nos encerraban, pero también nos protegían del flujo depredador del capital. Este análisis arrepentido despierta una nostalgia de tales instituciones como lugares de protección, seguridad y comunidad, que prende con facilidad en estos tiempos de crisis radical de los cuidados y de desmantelamiento neoliberal, en Europa, de los sistemas garantistas de bienestar.

Sin embargo, se trata de una lectura retrospectiva que a todas luces hace trampas: falsea la historia, recogiendo solo el impulso crítico de aquellos movimientos, su faceta de ataque contra los muros. Queda así olvidada u oscurecida toda la radicalidad práctica, la invención de otros modos, públicos-sociales, de hacer bienestar y cuidado que, en algunos casos, perviven hasta hoy y nos ofrecen un hilo vivo desde el que resistir a la embestida neoliberal: lejos de la nostalgia, en un quehacer que no rehuye las contradicciones, sino que las cabalga, las elabora y las empuja hacia adelante.

¹ Introducción de Entrar Afuera (Madrid, abril de 2017), colectivo de investigación formado por Marta Pérez, Francesco Salvini, Irene Rodríguez y Marta Malo; veáse <http://entrafuera.net>. Marta Malo de Molina es la traductora del diálogo entre Rotelli y Gallio y del manifiesto de Rotelli que se reproducen más abajo.

Este es el caso de los movimientos de renovación pedagógica que sacudieron los modos de entender la educación en toda Europa, en diálogo y conexión con la educación popular latinoamericana. Aquí, el ataque a la escuela fordista como violenta institución contra la infancia (y contra las clases populares en lo que tenían de populoso) iba de la mano (o incluso habría que decir precedido, en ciertos casos algunas décadas) de la creación de otros modos de hacer escuela: espacios donde las niñas y niños eran protagonistas de su propio aprendizaje, reconocidos en su singularidad y dignidad, en el marco de una comunidad abierta, hecha de maestros/as, familias, vecinos, trabajadores no docentes, etc. Esta incorporaba a los propios procesos de aprendizaje las problemáticas a las que se enfrentaba, como motivos de investigación y reflexión. Por poner un ejemplo, la imprenta escolar, donde los niños y niñas escriben sus primeros textos sobre lo que les sucede y lo que sucede a su alrededor, se convierte en un instrumento esencial para el aprendizaje de la lectoescritura. En ella, las criaturas empiezan jugando con las letras, para acabar escribiendo sus propios artículos de análisis de la realidad.

Tras la explosión creativa inicial, que vio florecer multitud de experiencias educativas, no vino el desierto. Los movimientos de renovación pedagógica dejaron un rastro, menos prolífico que en los comienzos, pero vivo: podemos verlo en la práctica de muchos maestros vinculados entre sí a través de diferentes foros y modos de asociación y en algunos centros y redes de centros. Este es el caso de la red pública de jardines de infancia de la región italiana de Reggio-Emilia, pero también en colegios como el Palomeras Bajas, el Manuel Núñez de Arenas y el Trabenco, en la Comunidad de Madrid, donde la construcción de alternativa no pasa por la generación de experiencias elitistas, apartadas, sino dentro de la red de centros públicos de educación primaria, compartiendo contradicciones y presiones con otros tantos centros públicos. De esta manera, no se renuncia a dar la pelea por otras formas de lo público, sino que esta batalla se libra, de modo concreto, dentro y contra: desde las prácticas, demostrando que otros modos de hacer son posibles y haciendo de la *res publica res comunis*. Algo no solo de los gestores de lo público y de sus corporaciones técnicas, sino de todas y de todos, al menos tendencialmente.

Un recorrido parecido puede identificarse en el caso del sistema de salud en Trieste, donde la crítica que lanza Franco Basaglia en los años 1960 y 1970 contra el manicomio como violenta institución creadora de locura, se traduce en una práctica constante de

«desinstitucionalización» que, articulada sobre la consigna «la libertad es terapéutica», se extiende también hasta el presente.² No se tratará, como tantas veces se ha dicho desde el relato oficial y como de hecho sucede en otras geografías,³ de abandonar a los locos a su suerte, de dejar el problema de la locura en manos de las familias, sin apoyo ni herramientas, sino de acabar con el encierro tanto del *loco* como del técnico: es decir, de romper el vínculo necesario entre sufrimiento psíquico y peligrosidad, pero también entre saber médico e intereses corporativos y de control del cuerpo social. Y esto no por la vía del desentendimiento del técnico, sino apostando por el desarrollo de una red fuerte de servicios que trasladará el saber y la responsabilidad técnica al territorio, poniéndolos a disposición de los sujetos más vulnerables, generando «instituciones inventadas», abiertas, capaces de prefigurar otros modos de organización social del cuidado con el objetivo fundamental de sostener la «libertad constitutivamente difícil de la vida urbana».⁴

Por lo tanto, en Trieste (región de Friuli Venezia Giulia), pero también en otras regiones italianas como Trentino Alto Adige, Toscana, Emilia Romagna, Umbría y, más recientemente, Campania, Sardinia y Apulia, la desinstitucionalización de la psiquiatría lleva a la invención de diferentes servicios de atención a la vulnerabilidad,

² Una nota de presentación para quien no lo conozca: Franco Basaglia (1924-1980), psiquiatra y neurólogo italiano, constituye un símbolo de la revolución contrainstitucional en el mundo de la psiquiatría. Como director del Hospital psiquiátrico de Gorizia, empieza a eliminar las múltiples prácticas de maltrato naturalizadas dentro de los manicomios (contención física, terapias de electroshock, encierro en celdas de los internos, etc.), así como a introducir otros modos de tratamiento, como las comunidades terapéuticas. Corren los vientos de cambio de la década de 1960, las inspiraciones son muchas (Michel Foucault, Erving Goffman, Maxwell Jones, David Cooper...) y Basaglia se siente particularmente sacudido por la violencia que descubre oculta tras las verjas cerradas de aquel hospital. De Gorizia pasará al Hospital psiquiátrico de Parma y finalmente a Trieste, encontrando cada vez más aliados y profundizando la radicalidad de sus prácticas y de su discurso. En 1978, Basaglia impulsa la redacción de la Ley 180 (también conocida como Ley Basaglia), que decreta el cierre de los manicomios, reconoce derechos a las personas con crisis psíquicas e impulsa una transformación del modo de entender y abordar estas crisis desde las instituciones sanitarias. La ley no tendrá una aplicación homogénea en Italia, pero sigue siendo hasta el día de hoy un marco de referencia y apoyo para el movimiento de democratización de la psiquiatría y por la dignidad de los mal llamados locos.

³ Sobre el curso de la «desinstitucionalización» en España, véase el recorrido de Alfredo Aracil, «La otra memoria histórica. Apuntes para una psiquiatría destructiva», publicado inicialmente en *El Estado mental*, y ahora accesible en: <http://madinamerica-hispanohablante.org/apuntes-para-una-psiquiatra-destructiva/>.

⁴ Así lo enunció bellamente en una conversación Mariagrazia Giannichedda, presidenta de la Fundación Franca y Franco Basaglia y estrecha colaboradora de ambos desde los inicios.

desde el respeto de la singularidad, pero también desde el hacerse cargo del sufrimiento psíquico y de otros modos de sufrimiento. Nada más lejos, en fin, del «abandono del loco». Más bien, vínculo, alianza técnica e íntima con el «loco» y su entorno, para una co-producción de nuevas políticas públicas del cuidado. Servicios, por supuesto, plagados de contradicciones, pero que, en su propia apertura, se abren al trabajo de la contradicción.

Entrar Afuera es la traducción al castellano de una de las consignas del movimiento basagliano de destrucción del manicomio y de creación de otros modos de hacer salud. *Entrare fuori* significa volverse loco, pero también entrar al afuera, es decir, a ese vasto terreno de las complejidades urbanas, para hacer salud desde ahí, para poner el saber médico a disposición del afuera de la institución, del territorio, de la vida urbana. Y, sin duda, para ello, hay que devenir un poco loco, conectar con ese sufrimiento psíquico que la normación fordista encasilla y produce como locura. Haciendo, pues, homenaje a esta intuición creadora, *Entrar Afuera* es el nombre con que hemos bautizado una investigación que pretende rastrear el hilo vivo de las instituciones de cuidado (de la salud, de la educación, de la vida...) inventadas al calor de los movimientos de crítica institucional de los años 1960-1970 y que mantienen una innegable (aunque invisibilizada) vitalidad en el presente. Rastrearlo y ponerlo en diálogo con iniciativas y movimientos más jóvenes que, ante las embestidas neoliberales contra las instituciones de bienestar, se han lanzado a la autogestión, la desobediencia, la crítica. Porque, en palabras de otro de los protagonistas del movimiento de desinstitucionalización, Franco Rotelli, la única manera de defender de verdad los sistemas públicos de salud, educación y cuidados europeos es transformándolos, rompiendo su corte corporativo-excluyente y poniéndolos al servicio del bienestar común: en definitiva, retomando un lema de la marea verde por la educación pública, haciéndolos de tod*s, para todos, con tod*s.

Dentro de este esfuerzo de rastreo y puesta en diálogo, proponemos para este volumen sobre cuidados, común y comunidad una conversación entre dos figuras ligadas al sistema triestino, Franco Rotelli y Giovanna Gallio.

Franco Rotelli, psiquiatra, íntimo colaborador de Franco Basaglia, será artífice directo del cierre del Hospital Psiquiátrico de Trieste y de su transformación en un sistema de Servicios territoriales de Salud Mental. Dirigirá estos servicios durante casi dos décadas, se empleará luego en la reorganización de los servicios públicos de salud mental

en la región de Campania, para pasar más tarde, de vuelta a Trieste, a la dirección de la Agencia Sanitaria Local y, por último, a la presidencia de la Comisión de Sanidad y Políticas Sociales de la Región Friuli Venezia-Giulia. Su recorrido biográfico, del manicomio a una institución que aúna servicios sanitarios y sociales en el cuidado integral de la salud, refleja ya una concepción muy singular de la misma.

Por su parte, Giovanna Gallio, filósofa y antropóloga vinculada a la comunidad basagliana desde finales de la década de 1960 y activa participante en los debates europeos de crítica psiquiátrica de los años 1970 y 1980, pone en marcha en 2010 un proyecto de «medicina narrativa» centrado en dos pilares del sistema triestino. El primero son los Distritos Socio-Sanitarios, creados en 2005 por el propio Rotelli. Se trata de un mecanismo de conexión entre servicios sociales y servicios sanitarios, buscando una continuidad que promueva la salud más allá del hospital, en un intento de traducir el enfoque basagliano de la salud mental al sistema sanitario general. El segundo es el Programa de Microáreas, un prototipo de cuidado integral producido en 2006 alrededor de y con los ciudadanos. El programa, que interviene en pequeños territorios de entre 500 y 2000 habitantes, es, en palabras de Franco Rotelli, un *pez piloto*: conecta espacios *sin muros*, de uso común, abiertos a dinámicas de autogestión, con un saber técnico, sociosanitario, puesto a disposición de las necesidades de los usuarios, a partir de la complejidad misma de su vida, de la vida de cada uno y de los barrios en los que se insertan las microáreas. La intención es forzar la práctica biomédica y experimentar cómo se conecta la responsabilidad institucional hacia la vulnerabilidad con la vida cotidiana de la ciudad.

Hacer salud, tal es el nombre del proyecto de medicina narrativa, se propone justamente relatar, con las voces de los protagonistas, la práctica médica de Distritos y Microáreas, siguiendo el desafío que implica, en Trieste, desde hace años, a trabajadores sanitarios en el desarrollo de una medicina arraigada en los lugares, las casas, los hábitats sociales. La idea central es abrir un laboratorio para experimentar nuevos modos de narración de la enfermedad capaces de reflejar y recoger los contenidos y las metodologías de la intervención territorial. Reconstruyendo la historia de casos particulares, estableciendo contrastes entre el lenguaje de los procedimientos sanitarios y la complejidad de las prácticas, se ponen en evidencia aspectos específicos que diferencian la medicina comunitaria de la medicina hospitalaria.

Esta entrevista / diálogo entre Giovanna Gallio y Franco Rotelli, titulada originalmente «Servicios que entrelazan historias», forma

parte de la publicación con la que se cerró el proyecto.⁵ La guinda es un manifiesto firmado por Franco Rotelli por la ciudad social. Añadirlo aquí es una manera de decir, con él, que uno de los mayores potenciales de las experiencias prácticas de hacer salud que encontramos en Trieste estriba en la interpelación que lanzan a los sistemas de bienestar europeos y a sus profesionales. Porque los *peces piloto* no pueden ser la flor que embellece a los monstruos (del hospital psiquiátrico reeditado, la residencia geriátrica, el centro de menores), sino guías que nos señalan otros caminos a seguir para hacernos cargo colectivamente de la vulnerabilidad humana.

Servicios que entrelazan historias

Giovanna Gallio y Franco Rotelli

Giovanna Gallio. En la conversación contigo quisiera tratar de reconstruir a grandes rasgos el sistema de salud creado en Trieste a partir de la mitad de la década de 1990: el nacimiento de la Agencia Sanitaria, que contribuiste a crear y que después dirigiste durante varios años. Pero antes quisiera preguntarte cuáles son tus comentarios, qué impresiones has sacado, al leer las historias de enfermedad que hemos recogido.

Franco Rotelli. Las historias me parecen interesantes por muchos motivos, pero son significativas porque constituyen una prueba de que en Trieste los servicios «ven». Desde luego que con tu modo de recoger y transcribir las voces has ayudado a mostrar, a hacer ver, pero de estas entrevistas se desprende que los servicios ven cosas y trenzan historias: están en el terreno, interaccionan con las historias de las personas y, de algún modo, también las constituyen.

La cuestión es la siguiente: hemos logrado montar una organización con sensibilidad para registrar las necesidades, para diseminar aquí y allá antenas, para crear redes, de un modo aún no todo lo generalizado que se debería, si se quiere, pero ¿vamos por un buen camino? Me parece que las narraciones permiten entrever que los servicios no se quedan mirando desde fuera, sino que se constituyen como mirada interna hasta hacerse parte de la historia de los sujetos; entran dentro de las historias hasta constituir los fragmentos de sujeto y de

⁵ Franco Rotelli (2014), *Servizi che intrecciano storie: la «città sociale»*, material y textos recogidos por Giovanna Gallio, Trieste, Azienda Servizi Sanitari núm. 1 y ENAIP.

subjetividad que se desprenden de los relatos. Los servicios cumplen con su labor o, por lo menos, me parece que las historias demuestran que los servicios están haciendo su trabajo, que es el de pasar de la medicina de la muerte a la medicina de la vida, de una medicina naturalizada a una medicina subjetivizada. Consciente del cuerpo biológico, de las técnicas de abordaje biológico, pero consciente también del hecho de que, cuando se habla de enfermedad, estamos hablando en realidad de un artefacto institucional, de una construcción que es a un tiempo cultural y social, resultado y producto de muchas variables.

Los servicios están ya sobre esta pista (sobre estas pistas múltiples, en las que en todo momento puede variar el recorrido terapéutico) y han llegado ahí gracias a una historia que viene de lejos. En un primer momento, en las décadas de 1970 y 1980, estuvo la historia de la transformación de la atención psiquiátrica en esta ciudad: la superación del manicomio y el nacimiento de los servicios de salud mental. La psiquiatría fue la primera en avanzar en la dirección de mirar a los lugares y a los contextos de vida, volviendo a ligar la existencia de las personas a los mundos cotidianos, trabajando a fondo en aquello que hoy en día llamamos la «capacitación» de los sujetos, apelando a las oportunidades y a los derechos que correspondían a grupos enteros, familias, microcomunidades. A continuación, a partir de 1995, se nos ofreció la ocasión de ampliar esta red a otros sectores de la medicina, impulsando la organización de servicios que habrían de ocuparse de todas las enfermedades, de la diabetes a las disfunciones cardiovasculares, de la oncología a la neumología, etcétera.

Desde ese momento, rearticulamos un enfoque que veía en el territorio (en los territorios entendidos como hábitat de las personas de las que nos ocupamos y como sistemas de relaciones que se juegan en torno a la enfermedad) una parte esencial del objeto de trabajo: no mero trasfondo de nuestra acción, sino tejido del que extraer el diseño, la materia prima, que da forma y sustancia a las actividades de asistencia y cuidados.

Durante años, hemos intentado organizar las cosas en coherencia con estos principios, planteando un método de trabajo que empujaba a médicos, enfermeras, asistentes sociales, psicólogos y técnicos de rehabilitación a afrontar la posibilidad de atender a las personas en su casa, en sus contextos de vida y, por consiguiente, a hacerse cargo de la «lectura» y de la transformación de tales contextos. Mientras atiendes a alguien en el hospital, solo ves la organización de la planta y del cuerpo de la persona; el hospital siempre es igual, las personas cambian y no

necesitas nada más. Sin embargo, cuando atiendes a la persona enferma en su casa, estás obligado a ver dónde vive, quiénes y qué cosas le rodean. No puedes atenderlo sin encontrarte con los familiares o los vecinos y no puedes no percartarte de que no hay nadie cerca si de hecho no lo hay. Todo este mundo en el que vive el sujeto entra en la lista de cosas de las que debes tomar nota: tener o no tener, ser o no ser, se convierten en elementos cruciales en el proceso de reconocimiento del problema, ya sea diagnóstico o pronóstico. Si quieres hacer algo bueno debes intentar activar los recursos que están en los contextos y en la historia de la persona, en sus capacidades, porque solo estos recursos y capacidades te ayudan a imaginar un pronóstico más favorable.

Distrito y Microáreas

Franco Rotelli. [N]o hay que confundir distrito y microáreas: sería como confundir el planeta con sus satélites. El proyecto *Win-Microaree* se formuló para experimentar la posibilidad de disfrutar de los bienes comunes que existen en un territorio determinado. Bienes comunes y males comunes: tanto los recursos que existen en una microrrealidad territorial y que normalmente no se reconocen ni valorizan, como los desastres que no se afrontan o no se asumen de forma adecuada. ¿Qué quiere decir esto? Si tomamos un bloque de viviendas cualquiera, un área habitacional lo bastante amplia, es fácil constatar que está dotada de recursos dotacionales, humanos y asociativos que, normalmente, no se registran, así como existen problemas, soledades, cosas que no se tienen en cuenta. En las viviendas sociales casi siempre nos topamos con una serie de defectos estructurales: el entorno está degradado, faltan los espacios verdes, no hay servicios o no funcionan. No obstante, incluso allí donde las carencias y los déficits son más evidentes, podemos descubrir riquezas potenciales, como en cualquier otro contexto. Por lo tanto, trabajar por microáreas quería decir poner en marcha un proceso cognoscitivo con dos líneas paralelas. Por un lado, hacer el mapa de los recursos existentes en ese territorio dado, reconstruyendo en detalle (calle por calle, área por área) las condiciones de vida, las capacidades de las personas de convivir y de acceder a una serie de oportunidades. Por otro lado, preparar una especie de cartografía de necesidades sanitarias, tanto hablando directamente con las personas, como utilizando informaciones clínicas y datos estadísticos: tipos de enfermedades más extendidas, frecuencia de las hospitalizaciones, cantidad de intervenciones sanitarias realizadas, cantidad de fármacos consumidos, etcétera.

G. Gallio. Es evidente que este mapeo apuntaba de por sí a una activación de la red de posibles aliados e interlocutores del proyecto. No era una acción planificada y dirigida desde el exterior, el observador se veía de inmediato incluido en el campo observado.

F. Rotelli. Así es, la intervención en la microárea se basa en la idea de implicar a todos los actores posibles, cada vez más, a la par que se reúnen saberes, en una dimensión que se dice al mismo tiempo «local», «plural» y «global». El atributo «local» no requiere de explicaciones: si en las últimas décadas se ha insistido mucho en la necesidad de desarrollar proyectos localmente sostenibles, valorizando los sujetos y las culturas del territorio, es porque se sabe que los recursos no son ilimitados. Los modelos de desarrollo basados en la idea de un crecimiento ilimitado entraron hace tiempo en crisis, por lo que en las microáreas la innovación se ha ligado estrechamente a la idea de promover la dimensión local de las prácticas, tanto activando a la población como favoreciendo el pluralismo de los sujetos y de las instituciones que, de algún modo (de cerca o de lejos), inciden en ese territorio. Un tercer criterio importante era la asunción global de los problemas de cada microcomunidad: desde los problemas estrictamente médico sanitarios hasta los de habitar y convivir o los problemas existenciales y sociales en relación con la renta y el trabajo. Esta asunción debía, en definitiva, tener en cuenta no solo las dificultades de cada uno de los pacientes sino también las problemáticas atribuibles a formas de sufrimiento urbano.

A partir de estas ideas iniciales, la organización de la microárea ha ido evolucionando a lo largo del tiempo: en un primer momento, se identificó un referente que, además de explorar el territorio, debía construir redes y alianzas, manteniendo conectados a los diferentes entes o servicios, privados y públicos; a continuación, se abrió una pequeña sede destinada a convertirse en punto de referencia cotidiana para la población. Un objetivo importante del proyecto era conocer a todos los habitantes, entre otras cosas para generar una cierta equidad en la distribución de los recursos. Sabemos, de hecho, que algunos acceden muy poco a los servicios sanitarios, a pesar de tener mucha necesidad de ellos, mientras otros disfrutaban de un número elevado de prestaciones, a pesar de apenas necesitarlas.

Después de conocer de cerca las condiciones de vivienda y de vida de núcleos amplios de personas, sería más fácil poner en marcha medidas razonables y equitativas desde el punto de vista sanitario, pero también políticas de vivienda, de renta y de trabajo, sin perder de

vista que el trabajo de microárea debe ir dirigido a reforzar los vínculos sociales, la cohesión social.

G. Gallio. Sin embargo, esta no es una prerrogativa exclusiva del trabajo de microárea. También los distritos han inscrito en su mandato una visión del trabajo que va dirigida a activar a los individuos y a sus familias en contextos integradores, protegiendo los vínculos que la enfermedad tiende a romper...

F. Rotelli. Sí, pero cuando hablamos del distrito, nos referimos a una realidad organizativa compleja, articulada y amplia, que comprende cincuenta mil habitantes de media, no mil o mil quinientos, como las microáreas.

El distrito es como el Ave Fénix, cambia su configuración en función de las realidades locales y regionales; también los estándares organizativos de los servicios pueden variar de una administración a otra. Hay algo seguro: la concepción del distrito que se ha impuesto en la mayor parte de las regiones italianas es muy diferente de la que existe en Trieste, donde nos hemos tomado al pie de la letra la idea de una dispositivo que reúne todas las respuestas sanitarias en relación con un territorio dado, configuradas como alternativa a las respuestas ofrecidas desde el hospital. Es decir, hemos pensado que todas las prestaciones que no están ligadas de manera directa a la estructura hospitalaria y a aquello que el hospital puede proveer de modo exclusivo, deben ser ofrecidas desde el distrito. [...]

G. Gallio. Por lo tanto, por volver a la comparación entre distritos y microáreas, es importante subrayar que se trata de órdenes discursivos muy diferentes...

F. Rotelli. [...] y de volúmenes de trabajo completamente diferentes. ¿Qué tipo de interacción debemos imaginar entre el distrito y las microáreas? Para bien y para mal, la microárea se ha concebido como un pez piloto...

El pez piloto nada en grandes grupos a lo largo de las costas, precediendo a otros peces de gran tamaño como el tiburón; pero como los ejemplares más jóvenes tienden a irse hacia la orilla, los navegantes de la Antigüedad creían que estos pequeños peces les ayudaban a encontrar el camino cuando se habían perdido o les facilitaban las maniobras de entrada o de salida de las embarcaciones en los puertos. Ateniéndonos a esta alegoría, nos podríamos preguntar si la microárea (entendida como modelo y prototipo de una acción dirigida

para conocer mejor las corrientes o para explorar las zonas más difíciles e intransitables de un territorio) puede tener repercusiones en toda la organización. ¿En qué medida puede este pequeño proyecto piloto generar efectos sobre la inercia de una máquina sin duda mayor, como es el distrito? ¿En qué medida la puede avivar y poner en tensión? ¿Hasta qué punto le plantea interrogantes sobre sus propias potencialidades y límites? Estas son buenas preguntas que habría que verificar empíricamente, para entender si lo que se hace en las microáreas tiene efectos indirectos sobre el distrito. Pero no se puede, repito, intercambiar una realidad con otra, ni mucho menos colocarlas en un *continuum*. [...]

Hospital y territorio

G. Gallio. Cuando dejaste el cargo de director del Departamento de Salud Mental para pasar a la Agencia Sanitaria, te oí por casualidad decir que la psiquiatría había agotado su carga transformadora y que ya no te interesaba tanto en cuanto tal: o nos volcábamos en la reorganización de la medicina territorial⁶ o la reforma psiquiátrica se estancaría antes o después. Este tipo de argumentación me alarmaba un poco, lo vivía como una especie de traición a tu vocación anterior; al mismo tiempo, debo admitir que tu decisión era coherente con todo lo que Basaglia nos había enseñado desde el principio. A inicios de la década de 1970, trabajando con él, nos acostumbramos a pensar que no habría ninguna reforma psiquiátrica sin una transformación radical de la medicina centrada en el hospital...

F. Rotelli. Hay una concepción lógica y después está la realidad. En el plano lógico, no hay motivos convincentes por los cuales la psiquiatría debe tener una organización territorial o comunitaria y el resto de la sanidad no. Sobre esta cuestión no he tenido nunca la más mínima duda; no la tenía entonces y no la tengo tampoco ahora. La trayectoria es la misma: o vas al encuentro de las necesidades sanitarias por lo que son, en los lugares en los que se forman y se manifiestan, o bien te abstienes y entonces no tienes alternativas. Tu

⁶ La medicina territorial se contraponen a la medicina hospitalaria: en lugar de remitir todos los problemas de salud a una institución central como es el hospital, trata de abordarlos desde los territorios, es decir, desde los propios contextos de vida de las personas. Por otro lado, frente a la medicina comunitaria, la medicina territorial no presupone que exista necesariamente entre las personas que conviven en un mismo territorio un lazo comunitario, aunque sí busca nutrir, enriquecer y hacer más tupido el tejido que interconecta a unas personas con otras. [N. de la T.]

decisión será entre una institución más o menos total, más o menos horrenda como era el manicomio, y una institución más o menos *soft* como es el hospital general. Estamos en todo caso siempre ahí, confinados en un registro en el que es la institución la que impone sus reglas, la que se organiza para responder a sus propias lógicas, en la mayoría de los casos impermeables a las exigencias de la población. No veo ninguna diferencia significativa entre el mundo autárquico de las instituciones totales y la autorreferencialidad de los recintos hospitalarios, más que por los grados de violencia que allí se expresan: entre una violencia más manifiesta, ejercida en los tiempos largos de internamiento, y una violencia mediada por una racionalidad técnico-científica, ejercida en tiempos breves.

Desde hace años creo que la organización del hospital no está en absoluto justificada y es en buena medida injustificable; tiene una cuota enorme de problemas que conserva a pesar de que no están en relación necesaria con su función y que conducen a una fragilización cada vez mayor del tejido social. Si las instituciones públicas no alimentan ni mantienen unido el tejido social, este empieza a disgregarse, entra en la anomia total, en el desierto. El tejido social existe en tanto que existen las escuelas, los servicios públicos y sanitarios, los municipios, los transportes. Estas instituciones, que el Estado organiza de diferentes formas, son las que alimentan los sistemas de relación entre la gente: no solo proveen una visión de los bienes comunes, sino también aseguran el sustrato de la construcción política de la identidad singular y grupal.

Justamente en la actualidad este proceso de construcción de la identidad se ve amenazado y reclama la presencia de las instituciones; y justamente el problema del vínculo social nos hace comprender que todo lo que se mete en estos contenedores que son los hospitales, las clínicas, las residencias de ancianos, etc., corresponde a energías y fuerzas que se sustraen a los territorios, a la vida de las comunidades locales. Se puede discutir sobre las prácticas buenas y malas, pero el dato fundamental es el siguiente: los recursos que están en el hospital no están a disposición de la comunidad, los recursos que están en las residencias de ancianos no están a disposición de la comunidad; ni los recursos de los usuarios, ni los de los trabajadores. En cambio, los recursos que gestionan los distritos están a disposición de la comunidad, están en la comunidad. Se pueden gestionar de manera brillante u opaca, vivaz o apagada, excelente o mediocre; pueden ser proactivos o moverse por inercias, pero son recursos que están dentro de la comunidad.

La comunidad necesita estos recursos. Si quitamos las farmacias, los médicos de atención primaria, los servicios para los mayores, la asistencia a domicilio y muchas otras conexiones que produce lo público, matamos la comunidad. Si no se reinvierte una y otra vez en estos recursos, si se los traslada a otro lugar, si se los deposita en lugares cerrados, no quedan más que guetos: las ciudades fantasma, los pueblos fantasma, los barrios fantasma.

G. Gallio. La garantía de que las instituciones funcionen viene dada por su grado de apertura y por su extraversion, su capacidad de ir más allá de recursos y de relaciones, hibridándose con los lenguajes y con las culturas locales. Desde este punto de vista, se puede decir que tu dirección ha conferido mucha fuerza organizativa al sistema territorial triestino pero, no obstante, me pregunto hasta qué punto los servicios se han vuelto capaces de acercarse a la vida cotidiana de las personas.

F. Rotelli. Los datos hablan claro: en cerca de diez años, a igual número de habitantes y sin que ninguno se haya quejado de no recibir las debidas prestaciones, hemos pasado de cuarenta mil hospitalizaciones al año a las actuales treinta mil. ¿Qué ha hecho posible una reducción tan considerable del número de hospitalizaciones? Cada año, diez mil personas que antes iban al hospital, ya no van; al mismo tiempo, cada año, diez mil personas reciben respuestas diferentes que las que habrían obtenido de la estructura hospitalaria. Hay que considerar ambos aspectos: no es solo un menos, es también un más, todo aquello nuevo y diferente que sucede en comparación con lo anterior.

Quien recurre al hospital, lo hace casi siempre en procesos más o menos agudos, de gravedad verdadera o supuesta, a los que, por lo general, corresponde una hospitalización. En la actualidad, hay en Trieste diez mil personas a las que los servicios de urgencia ya no atienden a lo largo de un año o para las cuales no se prescribe una «hospitalización», porque hay otras opciones disponibles, respuestas alternativas. Esto configura un desplazamiento muy considerable de comportamientos en la población. El ejercicio de los cuidados ha cambiado de lugar en una casuística muy amplia, estamos de hecho hablando de volúmenes significativos de la demanda.

El Teléfono de Emergencias 118⁷ antes de mi gestión era conocido como el servicio del «toma y corre», recoge al paciente y llévalo lo

⁷ El 118 es el número de teléfono correspondiente al Servicio Sanitario de Urgencias y Emergencias Médicas (S.S.U.E.M.), al que se recurre en Trieste y en la mayor parte de Italia para solicitar intervención médica en caso de urgencia. [N. de la T.]

más rápidamente posible al hospital. Ahora el 118 realiza un trabajo de revisión y de valoración, derivando algunas demandas a los servicios territoriales u ofreciendo soluciones inmediatas a una serie de problemas. La cultura de las urgencias, muy extendida en Trieste, sigue siendo el *primum movens* [el motor principal] y esta es una de las grandes novedades que hemos introducido sin que la gente se dé cuenta. En ningún otro sitio existe un teléfono de urgencias que esté bajo la dirección territorial y no bajo la dirección hospitalaria y que incluya en su mandato el objetivo de filtrar las hospitalizaciones.

Redistribución de los poderes: la «capacitación»

G. Gallio. Las historias que he recogido muestran que los distritos desarrollan una acción formidable, no solo a la hora de prevenir o reducir las hospitalizaciones de los enfermos crónicos, sino también en la asistencia a personas que presentan malestares de lo más variados.

F. Rotelli. Sin duda, de lo que hoy debemos ocuparnos es de las patologías de larga duración y ya no de las patologías agudas. Las enfermedades crónicas amplifican la cuestión de la salud y representan una necesidad en parte sin resolver en nuestra sociedad. La respuesta a la patología aguda está garantizada, bien o mal, en todas partes en Italia, en el sistema público o privado subvencionado; se encuentra con bastante facilidad y, a menudo también, de buena calidad. Por el contrario, la respuesta a las patologías de larga duración no se encuentra en absoluto, menos aún de buena calidad.

La revolución demográfica, la evolución científica y tecnológica, la capacidad de la medicina de resolver los problemas agudos impidiendo que las personas mueran sin llegar sin embargo a curarlas; todo esto ha incrementado enormemente la cantidad de personas que viven durante mucho tiempo con enfermedades graves. Y todos estos enfermos, que viven y no se curan, necesitan diferentes formas de ayuda y de asistencia. Para las enfermedades crónicas o para las patologías de larga duración, el hospital no sirve de nada, mientras que sigue habiendo toda una serie de situaciones agudas para las cuales aún se puede plantear la necesidad de hospitalización. Con todo, también gran parte de las situaciones agudas pueden tratarse y curarse a domicilio o en las estructuras territoriales.

G. Gallio. Se sigue justificando el hospital como un lugar en el que llevar a cabo análisis diagnósticos precisos e intervenciones de

especialistas, gracias a las tecnologías sofisticadas que solo se pueden concentrar en él...

F. Rotelli. Sí, pero esto no significa que los hospitales tengan que seguir teniendo un número elevado de camas. En la actualidad ya se curan a domicilio casi todas las broncopatías, así como las enfermedades oncológicas y dermatológicas, mientras que buena parte de las intervenciones quirúrgicas hacen uso de la laparoscopia o de otras técnicas no invasivas, que no exigen hospitalización. Por lo tanto, es preciso redimensionar la centralidad del hospital, superando una serie de resistencias.

Aquí no estoy hablando de un problema de «reestructuración racional» o de racionalización estructurada del sistema sanitario que apunte a reducir costes o gastos innecesarios. La reestructuración racional del sistema, si se realiza mediante procesos de transformación desde abajo, induce de por sí a comportamientos más racionales, poniendo en marcha un círculo virtuoso de reequilibrio de los poderes: entre trabajadores y pacientes, entre servicios sanitarios y quienes disfrutan de ellos.

Es preciso que avance una nueva racionalidad que descomponga los viejos poderes y las viejas jerarquías, poniendo en marcha una interacción dialéctica, una democracia entendida como relaciones paritarias, o prácticamente paritarias, entre el paciente y el terapeuta. Nuevas actitudes y libertades de decisión cuya realidad y cuya posibilidad pueden entrecruzarse en las historias que has recogido, en la medida en que cambian los escenarios y los lugares donde practicar las actividades de cuidado y atención.

Mientras exista una relación de poder esquemática entre el médico y su paciente (bajo la bata, dentro de la consulta, dentro de la situación aséptica del instituto médico) es difícil que pueda arraigar una nueva concepción de hacer salud.

G. Gallio. La denominada «optimización de los recursos», ¿tiene algo que ver con este razonamiento?

F. Rotelli. Desde luego que sí. La optimización de los recursos no es de por sí ninguna tontería; de por sí es una virtud utilizar los recursos para dar a los problemas respuestas adecuadas. La adecuación crea un escenario totalmente diferente, una contractualidad que ya no es «sanitaria», sino que se basa en un potencial de capacitación de los sujetos. A fin de cuentas, la cuestión es actuar de tal manera que las

personas se hagan más capaces de estar en el mundo, más conscientes de sí mismas y de la relación con su cuerpo, a partir de la adquisición de una mayor conciencia de su enfermedad.

Cuando se ayuda a las personas a afrontar su enfermedad, por el camino aprenden cosas; aprenden sobre todo a relacionarse con los demás, así como los demás aprenden a relacionarse con ellas. Hay un ejercicio de aprendizaje colectivo en la experiencia de la enfermedad, se cambia la percepción que uno tiene de sí mismo y la percepción que tienen los demás de uno, saliendo de los esquemas tradicionales de pasividad y de dependencia.

Esto sucede si los servicios avanzan, pero no sucede si los servicios se retiran o si, ante una perspectiva de avance (de los sujetos y de los grupos, de los enfermos y de sus familias), se intenta boicotear la nueva organización reprivatizando el conjunto, devolviendo a una dimensión privada lo que es una relación eminentemente pública, un bien público. Podrá seguir mejorando, en el sentido de cambiar las herramientas y las formas de asistencia, pero si el rebasamiento del hospital no viene acompañado de una socialización de los conocimientos y de las competencias, las comunidades locales no mejorarán en absoluto, viéndose incluso más empobrecidas aún desde el punto de vista de los saberes y de los poderes.

G. Gallio. Para cambiar las actitudes y las culturas habría que librarse en primer lugar de las formas de contrato mercantil que se han extendido un poco por todas partes en los últimos veinte años. Hablo de las listas de prestaciones con coste adicional y de los estándares que maniatan el espacio y el tiempo del trabajo sanitario, creando una especie de jaula procedimental que inhibe toda creatividad. A esto ha contribuido la imposición desde arriba de una cultura de la evaluación que es mediocre, si no directamente una estafa y cuyo objetivo predominante es homologar y controlar toda la organización, creando todo el tiempo rigideces y jerarquías nuevas...

F. Rotelli. Esto en realidad constituye un despilfarro: el fantasma de la evaluación, los certificados de calidad que dominan todas las prestaciones sanitarias, incentivados por las diferentes formas de subcontratación y privatización de las competencias profesionales y de los servicios.

La obsesión de los estándares predefinidos, dirigidos a no se sabe qué, lleva en realidad a despilfarros enormes, desde luego de recursos humanos. Lleva a la ruina, a un sistema ingobernable e insostenible,

porque poco a poco el sistema se fragmenta en la mercantilización de los valores, de los sistemas de relaciones, de los afectos y de los bienes comunes. No solo se empobrecen los bienes y los valores que forman parte de la vida de cada individuo, sino también las formas de vida y de relación que se dan en una comunidad.

Privado, público

G. Gallio. La mercantilización de la salud y de los servicios aparece hoy como una herramienta que sostiene las desigualdades sociales. Mientras la ciudadanía se desintegra y se desbarata. También en las historias que he recogido la pobreza y las desigualdades sociales son muy visibles: los protagonistas son casi siempre personas sin ingresos, desarraigadas o aisladas socialmente, enfermas de muchas enfermedades. ¿Crees que el sistema territorial triestino lleva a cabo una especie de discriminación a la inversa, seleccionando a los ciudadanos menos provistos de recursos?

F. Rotelli. No, en absoluto. El trabajo de microárea se aplica con frecuencia a los barrios donde se concentra más la pobreza, por lo que en las historias vemos una especie de magnificación de los rasgos constitutivos de la experiencia de enfermedad, con el agravamiento casi caricaturesco de vicisitudes y circunstancias que parecen excepcionales, pero en realidad no lo son. En la vida de cada uno, cuando miramos de cerca, podemos encontrar conflictos y miserias, necesidades no expresadas o insatisfechas, problemas que no se ven desde fuera.

En Trieste, el trabajo de los distritos llega a todos los grupos poblacionales, aunque los datos cuantitativos no digan nada por sí mismos sobre la pobreza o no pobreza de cada individuo. El cupo de pacientes atendidos es relevante y elevado el número de hospitalizaciones que se han evitado gracias a una atención extendida capilarmente, pero los datos que podemos enseñar no dicen nada sobre el censo de las personas a las que se ha prestado asistencia.

G. Gallio. ¿Qué desarrollos futuros tendrá el gran proyecto llevado a cabo en Trieste y qué riesgos corre en la fase actual? Antes decías que existen intentos de fragmentar y de empobrecer el sistema, de manera que lo público pierda centralidad en beneficio de lo privado.

F. Rotelli. Es imposible hacer pronósticos. En la fase que estamos atravesando todo tiende a una ideología del ahorro del gasto público que lleva al abismo, a la nada: hacia lo privado o hacia una eficiencia que

se convierte en un fin en sí mismo. Desde hace años se nos bombardea con instrucciones idiotizantes, ideas de ahorro diseñadas en una mesa por tecnócratas que no entienden nada de sanidad. En las consejerías y en los ministerios, quienes se ocupan de administración o de economía tienen un conocimiento de los sistemas sanitarios cercano a cero, una ignorancia impresionante. Con todo, como decía antes, hasta en las consejerías y en los ministerios han empezado a darse cuenta de que la privatización corre el riesgo de tener costes insostenibles [...] Empiezan a constatar que lo privado dista mucho de suponer un coste menor y tampoco asegura una eficacia ni una eficiencia mayores. La tendencia a reducir la provisión directa de servicios por parte del Estado no se ha visto recompensada por beneficios económicos; al mismo tiempo, no se han resuelto los problemas que se nos plantearon en la década de 1980, cuando empezó todo el proceso.

Se puede, pues, prever que en el futuro haya arrebatos de racionalidad con respecto a las elecciones realizadas en los últimos veinte años y, en ese caso, nuestro discurso, nuestra concepción organizativa del sistema de salud territorial, podría tener más espacio del que ha tenido hasta el momento. Si, por el contrario, sigue triunfando la ideología liberal, de privatización a toda costa, seguiremos perdiendo terreno.

Está claro que, en el conflicto entre ideologías de mercado e iniciativa pública, lo que está triunfando es un modelo que dista mucho de lo que hemos intentado poner en marcha: nuestro modelo solo podría obtener reconocimiento si el conflicto se desarrollara en función de las prácticas.

La ciudad social

G. Gallio. Una última pregunta. Las historias y los materiales que hemos recogido sugieren una serie de criterios y de principios irrenunciables de las prácticas territoriales, que habría que consolidar y hacer evolucionar: ¿hacia dónde, en qué dirección?

F. Rotelli. Hace poco escribí una especie de manifiesto sobre lo que considero buenas prácticas en el desarrollo de la «ciudad social», tal y como la he llamado: una ciudad donde el trabajo sanitario se entrelaza con una proyectualidad más amplia, que coloca en el centro de la atención la relación entre los ciudadanos y las instituciones. La idea es crear una red nacional de prácticas de desarrollo local: prácticas incluso mínimas, que amplían la democracia de la cotidianidad y que multiplican los laboratorios de la ciudadanía en torno

al mantenimiento de los bienes comunes. Los puntos que considero importantes para evaluar las buenas prácticas son la equidad y la justicia social, la libertad del trabajo, la defensa activa de los sujetos débiles y de sus derechos. Sobre todo, la capacidad de cuidar de uno mismo y de los otros en un hábitat social compartido. En Trieste, el desarrollo de la ciudad social depende de muchas instituciones y sujetos, privados y públicos: los colegios y la universidad, el Ayuntamiento, la Agencia Sanitaria, el ATER,⁸ las asociaciones y las empresas sociales. Es un proyecto que debería ser válido para todos los que, por diversos motivos, son responsables de las políticas sociales, aunque en la actualidad cueste ver una visión común o una trama de ideas y de iniciativas que les mantenga unidos.

Dentro de esta perspectiva, el papel específico que deben seguir desempeñando los servicios sanitarios territoriales consiste en contener el riesgo de que la medicina, al hacerse cargo del individuo desde el nacimiento hasta la muerte, ejerza un poder desproporcionado, tapando con sus intervenciones también las necesidades y los conflictos sociales. Más que un riesgo, la medicalización de la vida es una tendencia imparable: para cada problema hay un diagnóstico y un fármaco y siempre hay un médico dispuesto a entrometerse —a intervenir, gestionar, hacer y deshacer—. Ante estos efectos invasores y extendidos, el trabajo desarrollado en Trieste ha avanzado no en el sentido de ocultar o negar el poder de la medicina, sino más bien de socializar sus herramientas y sus conocimientos. Creo, de hecho, que hemos avanzado mucho en las prácticas a fin de introducir en la medicina otro sabor, otros ingredientes y pensamientos, otras miradas y visiones.

Recuerdo que hace treinta años, tras el cierre del manicomio, abrimos un conflicto con amigos psiquiatras, aliados nuestros, que no querían crear servicios «fuertes» en el territorio, entendiendo por ello la institución de centros de salud mental abiertos las veinticuatro horas. Estos amigos nuestros querían servicios «ligeros», con la idea de que la locura se diseminaría en lo social y que los enfermos tendrían más posibilidades de integrarse en las comunidades locales si reducíamos al mínimo cualquier forma de «psiquiatrización».

Años después se presentó el mismo conflicto en el ámbito de la medicina, donde prevalecía la idea de favorecer el modelo ambulatorio: ofrecer tantas respuestas como problemas de salud hubiera, sin

⁸ ATER son las siglas de la Azienda Territoriale per l'Edilizia Residenziale Pubblica, la empresa regional de vivienda pública en Italia. [N. de la T.]

preocuparse por contrarrestar la cultura del internamiento y de la hospitalización y sin entrar en contacto con las condiciones de vida de los sujetos y de su hábitat. También en este caso, nosotros decidimos tomar la dirección contraria: si a finales de la década de 1970, habíamos optado por servicios fuertes frente a los servicios ligeros que se proponían, a finales de la década de 1990 decidimos llevar nuestra caja de herramientas a todos los rincones del territorio, llegando incluso a las pequeñas poblaciones, a los barrios más alejados.

Entonces, volviendo a tu pregunta, me parece que las historias que has recogido ofrecen muchos elementos que confirman el acierto de la estrategia que adoptamos; al mismo tiempo, me pregunto hasta qué punto los trabajadores son conscientes de las herramientas que utilizan y de los poderes que se les otorgan. Se trata de una conciencia que hay que formar y nutrir constantemente en la práctica y, para que se mantenga, son precisos nuevos esfuerzos también en el ámbito de la difusión de conocimientos.

[...] Por ello, considero que habría que proseguir la investigación para delinear mejor el perfil médico del trabajo que se desarrolla, poniendo de relieve los resultados y las conclusiones de las intervenciones, también en el plano propiamente clínico. En esta materia, no hay que dar nunca nada por descontado: es preciso contrastar y documentar cada hipótesis de trabajo.

Digo esto a pesar de que soy consciente de que es muy difícil llegar a integrar los datos y los conocimientos de tipo clínico con los aspectos culturales y éticos del trabajo de curación: dar cuenta a un mismo tiempo del cuadro diagnóstico y del pronóstico, poniendo en evidencia las dimensiones problemáticas de un trabajo territorial así concebido.

¿Cómo se hace para narrar la enfermedad prescindiendo del historial médico? No se puede. Pero si hubieses presentado cuadros clínicos, en lugar de contar historias, nadie habría tenido interés alguno en leerle. Por eso es verdad que la medicina hay que narrarla, contarla [...]

Manifiesto por el proyecto de las «ciudades sociales»

Franco Rotelli / mayo de 2011

Nos gustaría imaginar un festival de la ciudad social. Con ello nos referimos a la necesidad urgente de hacer un muestrario, incluso antes que una red, de las prácticas concretas que en los lugares más dispares

de este país materializan los valores de la izquierda: más equidad, más justicia social, más defensa activa de los sujetos débiles y de sus derechos, más amor por la belleza del paisaje urbano y no urbano, más ética y más libertad en el trabajo, más cuidado de los otros y de uno mismo en el hábitat común. Prácticas incluso mínimas que tienen como marco, cuadro y contexto consciente la libertad, la fraternidad y la igualdad. Miles de buenas prácticas que ofrecen ideas, que abren nuevos caminos y esperanzas en las relaciones, en particular entre los ciudadanos y las instituciones, extendiendo una democracia de lo cotidiano que cada vez está más ausente y cada vez se invoca menos.

Son bienes comunes la escuela, la sanidad, el medio ambiente, el agua. Debería ser la justicia social quien se encargara del mantenimiento de los bienes comunes. Queremos hablar de las prácticas de respeto y de crecimiento de estos bienes y lograr una interlocución entre ellos. Niños, muchachos, ancianos: ¿dónde se hacen cosas buenas con ellos? ¿Dónde se coopera, no para un beneficio individual sino por un interés colectivo? ¿Dónde (en las escuelas, en los servicios sanitarios, en los barrios) se inventa un tejido social más rico? ¿Dónde las buenas prácticas apuntan a buenas políticas posibles? ¿Dónde la economía social es algo de verdad? ¿Sabemos construir un inventario de las ciudades que queremos, ver quién se arremanga para hacer algo mejor?

Negar a la «política» el derecho a invadirlo todo; rechazar las invasiones bárbaras de la política sobre nuestros cuerpos. Empecemos desde ahí a reapropiarnos de nuestros cuerpos como buena práctica. No se trata de demonizar la política, precisamente porque no se trata de delegar en ella el bien y el mal. Se debe reducir en buena medida el mandato a la (de la) política, indicando (a través de las buenas prácticas) qué es lo que vale la pena generalizar.

La relación entre ciudadanos e instituciones: el buen gobierno de los países, de las ciudades y de los barrios, ¿está certificado y es certificable? ¿Dónde, cómo, por parte de quién? Si no se empieza certificando las innovaciones en los modos de gestión, o las buenas formas de autogestión, y el ejercicio de crítica práctica de las instituciones en las que se está inserto, es difícil imaginar una política que no sea demagógica y populista, chivo expiatorio de la ausencia de culturas, concatenación de palabras vacías de sentido.

Solo si se obliga a la política a plegarse ante las buenas prácticas podremos entrever perspectivas de cambio. ¿Cómo se habría podido tener Constitución sin Resistencia, ley sobre el aborto sin lucha

de las mujeres, reforma sanitaria sin luchas (y prácticas) por la salud en las fábricas, en los lugares de trabajo, en los hospitales psiquiátricos? ¿Cómo se habría podido escribir el Estatuto de los Trabajadores sin 1969?

Hacer visible la reconversión de los bienes sustraídos a la propiedad mafiosa, a la Camorra y a la 'Ndrangheta, y la transformación radical de funciones de los sitios contaminados químicamente o destinados a un uso ignominioso de la reclusión. Y la curación de periferias degradadas donde se reconstruye la sociabilidad, los «huertos urbanos» de lo social. Redescubrir las posibilidades de curar y de ser curados fuera de las instituciones totales y construir hasta en las cárceles lugares de emancipación posible. Todas estas son cosas que suceden en nuestro país; también se destruye la separación entre artes y oficios, entre la cultura de lo bello y el producto interior bruto, entre saber útil y saber y punto.

¿Qué prácticas nos permiten contrarrestar esta destrucción? ¿Frenar todo aquello que produce sufrimiento urbano, desarrollando todo aquello que hace crecer las virtudes locales? Combatir las instituciones totales y totalitarias construidas contra nosotros y contra los migrantes: se trata de proyectos puestos ya en marcha o configurados para el futuro próximo en varias ciudades y lugares. Abrir las puertas de las residencias para la tercera edad, de las fábricas, de los *call-center*, de las oficinas y de las administraciones públicas. Impedir que las jerarquías sofoquen los derechos a la palabra, a la argumentación, a la crítica, en cualquier lugar de trabajo, escuela o tribunal, hospital o cuartel.

Es verdad que el devenir y el rumbo que tome Europa será decisivo para el futuro. Es verdad que las políticas macroeconómicas deciden nuestras vidas y es preciso sabernos orientar con respecto a ellas. Pero, ¿estamos seguros de que David no puede vencer a Goliat una vez más? O al menos condicionar, dirigir, lograr ponerle freno, construyendo una masa crítica que dé sentido al hoy y al mañana.

Estos laboratorios de la ciudad social (el «festival de las ciudades sociales», las prácticas de desarrollo local, los laboratorios de ciudadanía, junto a los miles de festivales de poesía, filosofía, teatro, música), si se ligan a las prácticas concretas, pueden indicarnos un fragmento de futuro que vale la pena ponerse a buscar.