

## ENTREVISTA

**RAUL GIL SÁNCHEZ** - Médico, Director del Proyecto Comunitario de Regla y Jefe de Psiquiatría del Ministério de Salud Pública de Cuba.

Entrevista realizada por **WALTER FERREIRA DE OLIVEIRA** - Médico, Profesor del Departamento de Salud Pública, Universidad Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, Brasil.

Transcrita por **CRISTINA DOS SANTOS PADILHA**, mestranda en Salud Pública da UFSC.

Grabada especialmente para *Cadernos Brasileños de Salud Mental* en el 10 de octubre del 2009, por ocasión de la 5ª Bienal de las Artes y Salud Mental en La Habana.

## RESUMO

Nesta entrevista, realizada durante a 5ª Bienal de Artes y La Salud Mental, em Havana, em 2009, Raul Gil Sánchez, Chefe de Psiquiatria do Ministério da Saúde em Cuba, conta a história e o funcionamento do Centro Comunitário de Saúde Mental de Regla, desde sua concepção, quando da entrada de Sánchez como psiquiatra no que era então uma Policlínica, até seu reconhecimento, através da OMS, como uma referencia mundial em atenção psicossocial. Sánchez reflete ainda sobre a importância da Saúde Mental Comunitária, fala sobre o proceso de desinstitucionalização em Cuba e explica como a Bienal de Arte e Saúde Mental tornou-se um dos mais importantes eventos intersetoriais da América Latina.

**PALAVRAS-CHAVE:** Atenção psicossocial; psiquiatria comunitária; centros comunitarios de saúde mental; arte e saúde mental, Centro Comunitário de Saúde Mental de Regla.

## INTRODUCCIÓN

Walter Ferreira de Oliveira

Entrevistar Raul Gil Sánchez foi mais que estabelecer um diálogo agradável, foi uma estonteante experiência de aprendizado. Raul é dessas figuras que temos dificuldade de entender, por conta de sua inexplicável fonte de energia, de seu carisma, é uma pessoa que irradia simpatia, motivação e um sentimento envolvente de compromisso com a vida. A entrevista ocorreu na mesma semana em que visitei, a seu convite, o Centro Comunitário de Salud Mental de Regla e participei do Colóquio de Salud Mental que ocorria dentro da 5ª Bienal de Artes y Salud Mental. Pude experimentar um pouco de tudo aquilo que Raul descreve e constatar que, por mais que pareça difícil de acreditar, tudo o que ele conta é verdade, existe. Pude acompanhá-lo pelas ruas de La Habana, observar sua participação nos eventos ligados à Bienal, ao Colóquio e à vida da cidade. E renovei minha esperança de que no Brasil possamos realizar plenamente tudo o que se realiza em Regla, tudo que sonhamos, há uns 20 ou 30 anos atrás.

## LA ENTREVISTA

Walter - Raul, de que trata esa 5ª Bienal de las Artes, dame un panorama general de la Bienal, que pasó y donde pretenden aún llegar.

R: La 5ª Bienal de las Artes y la Salud Mental es un evento que resume, cada dos años, los resultados del Programa de Desarrollo Socio-cultural, un programa que emprende, desde prácticamente su inicio, el proyecto de salud mental del municipio de Regla, en Ciudad de La Habana, en Cuba. El proyecto tomó como una herramienta para su trabajo todo lo que podía utilizar de las diferentes manifestaciones del arte, tanto en la evaluación, en el diagnóstico, en el tratamiento, en la rehabilitación de personas con afecciones mentales pero también en acciones de promoción y educación para la salud. Desde que nacido el proyecto, año 91, quizás un poquito más en el 92, empieza como que a coajarse mejor esa utilización de las artes en las diferentes acciones que nosotros desarrollábamos en esta localidad. En el 2001, nosotros decidimos convocar a un grupo de artistas de nuestra localidad que durante esos 10 años habían colaborado de diferentes formas con el proyecto. Y, tomando como referente, o como marco, un congreso de psiquiatría social decidimos hacer, dentro de este propio congreso una bienal, o una exposición, inicialmente, de artistas, que se ha convertido, con poder de convocatoria, en una Bienal de las Artes Plásticas, en aquel momento, y la Salud Mental.

W: ¿Cómo empezó el proyecto de Regla y como el arte entró en ese proyecto?

R: Regla es un municipio de la ciudad de La Habana de aproximadamente 10 Km de extensión territorial. Fue fundada más o menos en 1686 y tiene la particularidad de ser un municipio, digamos que ha conservado sus tradiciones culturales, sus tradiciones religiosas, su idiosincrasia, su cultura, durante todo esos años. Es un municipio, además, que tiene una gran importancia en el desarrollo de la propia ciudad de La Habana, porque es el lugar donde por primera vez entraron esclavos a La Habana, o sea, el sitio de tráfico de negros, de esclavos, por donde entran a La Habana. Es un lugar realmente que se fue conformando, de pescadores, de personas dedicadas al mar, de portuarios. Y es un sitio además, donde hay un gran arraigo, una gran sincronización de culturas. Por tanto eso le va dando a Regla cierta característica particular, por la zona eminentemente obrera. Casi sus 43 mil habitantes están concentrados en 4,4 km de extensión territorial. El resto son grandes industrias, zona del puerto, fabricas. Verdad, también, que hay un alta densidad poblacional por km2. Una población que tiende a envejecer, muchas personas ligadas al trabajo portuario, de fábricas, de industrias, con un gran sentimiento de pertenencia. Tu transita por Regla y ve las personas caminando por las calles, es un pueblo donde no hay portal, la gente sale a la noche a conversar y eso le da cierta relación particular a las personas, o sea, la gente establece determinados vínculos. Y precisamente allí nosotros llegamos el año 91 y decidimos aplicar una nueva forma, una nueva practica de la psiquiatría, de la salud mental.

W: Y ¿había ahí el Centro Comunitario?

R: No, en el 91 se inicia un proyecto de salud mental comunitaria y el Centro es el primer producto de ese proyecto. Yo llego en el 91 a Regla como psiquiatra y me instalo como psiquiatra de la municipalidad en el Policlínico de Regla. El pensamiento que había en la municipalidad era que yo iba a llegar a dar consulta, a atender a los enfermos, y por tanto me ubican en ese espacio. Pero realmente esa no era mi pretensión. Mi pretensión era ocuparme de algo que evidentemente no era sólo la enfermedad, era la salud mental. Y la salud mental es un concepto mucho más amplio que la enfermedad mental, por tanto

yo iba a empezar a hacer otras cosas. Nosotros empezamos inicialmente haciendo un diagnóstico de la comunidad. Y te hablo de diagnóstico comunitario y no te hablo de diagnóstico de salud. Porque yo, digamos, establezco una diferencia entre diagnóstico comunitario y diagnóstico de la situación de salud. Para mí el diagnóstico comunitario es una fotografía de la comunidad. Y esa fotografía tiene que ver precisamente con hacer una develación de todas las características de esa comunidad, de los recursos existentes en esa comunidad, de las necesidades que tiene esa comunidad más allá de los problemas de salud. Ese diagnóstico evidentemente devela, pone de manifiesto, los indicadores de salud de esa población, los elementos de morbilidad, pero además me dice como piensan las personas, cuáles son sus costumbres, cuál es su idiosincrasia, cuál es su grado de religiosidad, cuáles son sus necesidades sociales más importantes, cuáles son las relaciones vinculares que establecen esas personas, cuáles son las creencias populares más importantes. Ese diagnóstico comunitario me lleva a poder definir y ver cuáles son los decisores políticos pero también cuáles son los líderes naturales de esa comunidad, cuáles son las personas que reúnen la mayor cantidad de información de la historia local. Por tanto ese diagnóstico comunitario nos permitió tener una gran cantidad de información para, a partir de esa información, estructurar un programa de salud mental para esa localidad.

W: Y ¿cómo tu hacías ese diagnóstico, sólo o contando con un equipo?

R: Mira, en esa época yo no podía contar con muchas personas que pudieran estar involucradas en esta idea. Porque un poco se rompe con la forma tradicional de prestar un servicio en salud mental. Evidentemente nosotros iniciamos un proceso de transformación en el país importante en el año 59, que en el campo de la salud mental comenzó con la humanización del hospital psiquiátrico nacional. Aquí empieza un proceso grande de transformación de la atención a la salud mental en Cuba, con la humanización, con la introducción de un programa de rehabilitación para las personas que estaban allí hospitalizadas, la incursión de terapia novedosa. Es todo un proceso que explica también, como política del Ministerio de Salud, la descentralización de

los servicios, la descentralización del recurso humano. A ese proceso detransformación se une la apertura de servicios de psiquiatría en los hospitales clínicos quirúrgicos, en los hospitales generales. Servicios de psiquiatría que además van a contar con sala de mediana y corta estadía, con unidad de intervención en crisis, con hospitales de día. Y siempre hay una proyección de los médicos y de los especialistas que están ubicados aquí en una proyección comunitaria, o sea, el especialista va del segundo nivel al primer nivel de atención. Y evidentemente se habla que hay una concepción de lo psicosocial pero indiscutiblemente se sigue reproduciendo un modelo más centrado en la enfermedad, más centrado en el problema de salud, un modelo más biologicista, a pesar de que evidentemente se habla de un enfoque biopsicosocial. Y por supuesto eso caracterizó el desarrollo de la salud mental en Cuba durante tres décadas, o sea, tres décadas que implico descentralización de recurso, descentralización de los servicios, apertura de servicios, formación de recursos humanos, y no solamente de psiquiatras, sino de trabajadores sociales, de técnicos en terapia ocupacional, de psicólogos, de enfermeros, o sea, de introducción de nuevas tecnologías. Tres décadas de un proceso continuo de cambio, pero muy centrado en el segundo nivel de atención. En la década de 80 se da en Cuba el programa de medicina familiar, y ese programa también va a crear las posibilidades para comenzar a pensar en que la salud mental podía comenzar a practicarse en las comunidades desde otra dimensión. Y ya yo había tenido algunas experiencias, yo me había formado en el hospital Fajardo, un hospital de trabajo muy fuerte, y desde el inicio, que tiene que ver con los principios de la Comunidad Terapéutica, el desarrollo de hospitales de día, todo lo que tiene que ver con rehabilitación. Cuando me gradúo me voy a Nicaragua por dos años, eso fue por 84, 85. En Nicaragua, en esa época, con la presencia italiana, con todo lo que tiene que ver con la reforma italiana. Yo regreso a La Habana y me voy a trabajar entonces a un hospital que atiende a una población más periférica, con otras necesidades, y comienzo a entrar más en las comunidades. Yo creo que tuve esa mezcla, de mi practica inicialmente en el hospital Fajardo, después en el hospital Miguel Henríquez en Nicaragua, y me va preparando precisamente paracomenzar a pensar en otra forma de hacer psiquiatría.

W: ¿Entonces así fue su preparación para empezar a hacer el diagnóstico de Regla?

R: Entonces realmente me lanzo. Me lanzo sólo. Y no fue fácil ese momento porque hubo muchas personas que no me entendieron. Hubo muchas personas que no entendían lo que yo quería hacer.

W: Personas de la comunidad, tus colegas ...

R: Colegas, médicos que no tenían esa perspectiva. Y evidentemente en aquel momento fui censurado por algunos, sobre todo cuando empecé a trabajar. Yo estuve seis meses trabajando, iba a consultas en las mañanas, me iba a la tarde a la comunidad, empecé a buscar información. Lo primero que hice fue que yo empecé a revisar todas las hojas donde los médicos que venían a Regla en otros momentos ponían el nombre del paciente, los datos generales y el diagnóstico, que generalmente el diagnóstico era sindrómico. Y ahí empiezo a detectar determinadas situaciones como, por ejemplo, que el diagnóstico quedaba a nivel de síndrome, que había una gran cantidad de personas esperando por las consultas de primera vez y por tanto el tiempo que se empleaba para esa consulta era un tiempo breve. Que el tratamiento básicamente era un tratamiento de carácter psicofarmacológico, que el tiempo entre una consulta y otra consulta era muchas veces prolongado, que el psiquiatra que venía una vez no era siempre el que venía, y por tanto el paciente muchas veces tenía que contar su historia a un terapeuta diferente, esas son las cosas que yo empiezo a detectar en ese diagnóstico. Pero como el diagnóstico iba más allá a la revisión de estas historias, iba más allá de la revisión de la propia historia clínica del paciente, el diagnóstico iba a buscar la comunidad, entonces empecé a hacer entrevistas. Fui al museo de la localidad y entrevisté al historiador de la comunidad. Me fui a la iglesia católica, al párroco que llevaba cuarenta años oficiando misas en esa comunidad, que había bautizado más de tres generaciones, una persona que me dio mucha información sobre las costumbres, la forma de pensar, la vida del reglano. Me fui a instituciones gubernamentales, al gobierno local, indagué en la dirección de urbanismo de la vivienda el tipo de construcción predominante en Regla, la cantidad de población que existía, la cantidad de personas que vivían por

casas. Hice una detección de los grupos de edades más significativos por el territorio. Hice un mapa del territorio y ubique los centros escolares, dónde estaban los centros recreativos, los centros culturales, y vi cuales eran los recursos que esa comunidad tenia para poder hacer acciones de salud. Mucha gente se preguntaba que hacia ese hombre, ese psiquiatra, haciendo esas investigaciones, porque lo hacía, para qué lo hacía.

Yo iba con la idea de trabajar dentro de mi proyecto de forma muy fuerte todo lo que tenía que ver con la promoción y la educación en salud. Pero esa no era la necesidad inmediata de la comunidad. La necesidad inmediata de la comunidad era mejorar la calidad de la atención de las personas enfermas. Y por tanto esa era la manera por donde yo debía entrar en la comunidad, y si yo hubiese entrado por otra vía no hubiera logrado la aceptación de la comunidad. Entonces esto también implica, y aquí comienza a introducirse en mi un concepto que unos años después se lo comento y se lo pregunto a Benedetto Saraceni, que era que no podía haber un proceso de reforma o de reorientación de la salud mental hacia la comunidad si no había una modificación del rol profesional. O sea, el profesional era la persona que primero tenía que cambiar para poder hacer una práctica diferente, que no estuviera sólo centrada en el enfermo, sino que fuera trabajar con factores de riesgo, con grupos vulnerables, con población supuestamente sana, que estimulara la producción de factores protectores en la comunidad. Y por tanto ese profesional tenía que salir del consultorio para mezclarse en la comunidad, para entrar en la familia, para entrar en las instituciones de la comunidad. Pero, a su vez, tenía que tener las herramientas necesarias para que esa entrada no lastimara o no desdibujara su rol como profesional. Entonces había que hacer esa entrada pero también marcando el hecho de que tu entrada era en términos de profesional, digamos, de una persona que va hacer un proceso de intervención que está estructurado, que está concebido. Yo me de cuenta de que la necesidad de la comunidad era precisamente mejorar la atención para los enfermos, entonces yo empecé trabajando muy fuerte con los enfermos. Y ahí nace la primera área del proyecto, que es el área de atención psicopsicológica.

La atención que se le estaba dando a la comunidad hasta ese momento era más centrada en la consulta individual con tratamiento psicofarmacológico. Entonces yo tengo que cambiar esto y tengo que empezar a introducir en la comunidad tratamientos y procedimientos terapéuticos que hasta ese momento eran patrimonio del hospital del segundo nivel de atención. Y comienzo entonces a organizar mi consulta, creando una consulta de clasificación por donde van a entrar todas las personas. En esa consulta de clasificación yo voy a decir “esta persona puede recibir este tratamiento, este otro tratamiento pertenece a un grupo”. Y divido la población en dos grandes grupos. Uno de ellos es la población dispensarizada. Esa población que yo voy a dispensarizar van a estar en cinco grandes grupos: población que haya tenido en su historia intentos suicidas o esté en riesgo de cometer un suicidio, personas que de alguna manera sean personas con patología psiquiátrica de larga evolución – hablemos de la psicosis -, pacientes con retraso mental, pacientes psicogeriatricos y pacientes con conductas adictivas. Y digo: estas personas son personas de mi comunidad con una situación de salud de prioridad, y creo un modelo de seguimiento que es una tarjeta de control, la tarjeta TD1, donde ahí voy registrar el nombre del paciente, su dirección, su centro de trabajo, sus datos generales y fundamentalmente datos socio-laborales. Pero también registro su diagnóstico, sus antecedentes patológicos personales, sus antecedentes patológicos familiares. Registro si esta persona ha sido ingresada en alguna institución psiquiátrica anteriormente, si ha tenido intento suicida, riesgo suicida, y el programa de consulta a que va ser sometido, o sea, es una tarjeta de control para el seguimiento, que me permite, como elemento importante, saber cuando un paciente me falta a consulta.

W: ¿Esta sustituye la hoja anterior, los formularios médicos?

R: No es que sustituya, yo añado. La hoja de cargo sigue funcionando porque es un documento oficial del Ministerio de Salud. La historia clínica es el documento donde tu escribe la evolución del paciente. Pero ese instrumento que a mí me permite un control más operativo, y que se queda en el centro, se queda en mi consulta. A la primer consulta, que es la consulta de clasificación, se sigue una segunda consulta, que es la consulta de atención al paciente

dispensarizado. Y voy a crear otra consulta que es la consulta de atención al paciente de patología psiquiátrica de menor riesgo, digamos, todas las personas con reacciones situacionales, trastornos psicossomáticos, depresiones menores, patologías que no constituyen un riesgo. Y empiezo a hablar de un área de tratamientos especiales, y comienzo a ubicar acá la psicoterapia de grupo, la psicoterapia de pareja, la psicoterapia familiar, los tratamientos de relajación corporales. En los dos primeros años sólo, se me suma una enfermera de nivel técnico que pido. Y comienzo con ella a hacer mis consultas, comienzo a hacer terapias especiales en la tarde y a la noche, y con ella comenzamos a hacer visitas a los hogares, a entrar en el hogar.. Ya en el 1993 logro tener una trabajadora social y otra enfermera.

W: Tú tienes ahí tres grandes grupos: uno de personas dispensarizadas, otro de trastornos menores,

R: Y otro tercer grupo, de terapias especiales, que son pacientes de estos dos grupos que van a terapias especiales, que son generalmente terapia de grupo. Ahí, por ejemplo, aparece una consulta que se llama la consulta de neurolépticos de depósito, pacientes que van a ponerse, en aquél momento, medicamentos de depósito, esquizofrénicos básicamente. Empiezo a entrenar la enfermera y ella comienza a darles consultas a estos pacientes semanalmente. Ellos se van semanalmente o cada 21 días, a inyectar, ella los valora: si el paciente está bien no hay ningún problema, pero si el paciente tiene algún indicador de síntoma productivo automáticamente me lo pasa a mí. ¿Qué implicó eso? Que la población de mayor riesgo de patología psiquiátrica comenzara a tener una atención fuerte.

W: ¿Seguiste atendiendo más gente, la cobertura aumentó?

R: Aumentó. Aumenta la cobertura, aumenta la accesibilidad de la población, porque yo estoy en la comunidad, pero esto yo sólo no lo podía hacer. Comienza a nacer la segunda área del proyecto, que es lo que hoy es el área de docencia e investigación. Yo digo: si no tengo gente que se me suma directamente a mi equipo, yo tengo que buscar la manera de sumarlos. Y entonces comienzo a utilizar al médico de familia, que sí está en la

comunidad, y comienzo un proceso de capacitación de los médicos de familia. En la medida en que yo lograra capacitar (en aquel momento Regla tenía 64 médicos de familia en la municipalidad). Los capacito en salud mental, empiezo a hacer un programa de docencia, de educación continuada, donde comienzo a impartirles temas. Que tiene que ver con lo más sencillo: la entrevista. No sólo tratamiento psicofarmacológico, por ejemplo, empiezo a enseñarles a hacer pesquisa de trastornos mentales. Comienzo a enseñarles técnicas de relajación corporal, comienzo a hablarles de manejo grupal.

W: ¿Cómo fue la aceptación, da adaptación, de esos médicos de familia? ¿Era un programa donde ellos se listaban voluntariamente o era un programa del gobierno donde tenían que capacitarlos?

R: Hay las dos variantes: yo abro cursos para personas voluntarias. Pero también aprovecho las reuniones de los equipos de trabajo para hacer intervenciones. Y esto lo logro a partir de una denuncia con la apropiada dirección del área de salud. Regla tenía un alto indicador de suicidio en el territorio. Era uno de los municipios con mayor tasa de suicidio en el país. Y esto sí es un problema para las autoridades sanitarias. Entonces me siento y digo: “hay que capacitar a los médicos en el programa de suicidio, hay que capacitar médicos en búsqueda de factores de riesgo de la conducta suicida”. Y entonces eso entra dentro del programa oficial de sus actividades. Pero abro también convocatoria para cursos de pos grado donde se alistan las personas que quieran: médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales. Pero hay otro elemento: el médico de familia comienza a interconsultarme casos, cosa que está establecido dentro del programa de medicina familiar, y que evidentemente en el modelo anterior, como cambiaban de especialista, el médico de familia no podía establecer una relación, un vínculo con el especialista, entonces no consultaban el caso. Ese proceso evidentemente valograr que médicos se empiecen a apoderar de un grupo de conocimientos, de un grupo de información y que aprendan a manejar a su propio paciente. Esto es otro elemento que empieza a aportar ese modelo, que se mejore el vinculo entre el programa de medicina familiar y el programa de salud mental. He mejorado la atención al enfermo, estoy en un proceso de capacitación, pero

no me interesa sólo capacitar el personal de salud mental. Me interesa capacitar además a toda aquella persona de la comunidad que tiene que ver con un grupo poblacional del propio territorio. Y empiezo a hacer un programa de formación para profesores, para especialistas de cultura física y paratrabajadores en los programas culturales del territorio, para los decisores políticos del territorio.

Recuerdo, por ejemplo, el primer lugar que me abrió las puertas, porque tampoco era tan fácil. Tú no llegabas a una institución y decía “yo quiero hacer una charla” y “entre doctor, y haga la charla”. También habían sus resistencias. El primer lugar que me abre las puertas a mi es la biblioteca municipal, es el primer sitio como espacio público, para hacer capacitación, hacer charlas a personas que no eran enfermos. Y fue interesante porque el tema que recurrí fue la familia, y se generó un grupo de discusión interesantísimo sobre la familia, compuesto por personas que la biblioteca convocó. La biblioteca le dio formación a su personal y convocó a otra persona de la comunidad, se abrió a la comunidad. Y entonces cuando yo me he dado cuenta de que eso iba empezar a funcionar así digo “tengo que buscar varios espacios públicos para hacer este tipo de actividad”. Y evidentemente la biblioteca en aquél momento se convierte en un espacio público donde por primera vez yo salgo del ámbito de la institución de salud para empezar a proyectarme en otros escenarios de la comunidad. Así lo hago después en la dirección de educación, en escuelas, en el museo, en el propio gobierno de la municipalidad, utilizando todo un espacio de intercambio donde propongo generalmente temas que yo empiezo a explorar, que son temas que la gente necesita dialogar. Puede ser un tema, digamos, de la familia, la relación entre los padres y los hijos, la crianza, la sexualidad, el consumo de alcohol, busco temas que a la gente le interese. Después, poco a poco, voy introduciendo temas que además yo creo que son claves para que la gente comience a manejarlo a nivel de la comunidad. Aquí está también algo que hay que tomar en cuenta, es que tu no puede llegar con la omnipotencia del saber medico y decirle a la comunidad “yo soy el que sé y ustedes tienen que aprender de lo que yo sé”. Yo creo que es importante también entrar y decirles “bueno, ¿qué ustedes necesitan? Yo les voy ayudar en lo que ustedes necesitan. Yo les voy a dar de mi conocimiento pero yo

también voy a beber del conocimiento que tienen ustedes”. Y yo creo que eso empieza a cambiar ese rol del que yo te comentaba. Por tanto la actividad de capacitación va a ser a personas del sector salud y personas que no son del sector salud pero que tienen ascendencia sobre grupos humanos del territorio. Después aparece un tercer grupo de capacitación que es la población en general. En el espacio público donde ya no van profesionales, donde pueden ir gente comunes.

W: ¿Y a esa altura usted aún es el profesor, el único?

R: Sí, comienzo siendo el único pero comienzo entonces a sumar algunos amigos, que no son miembros fijos del equipo pero que comienzan a entender lo que yo estoy haciendo y me dan algún tiempo para hacer algunas actividades en la comunidad. Y entonces empieza a aparecer la tercera área del proyecto, que es el área de promoción y educación para la salud. Inicialmente se llamó de intervención comunitaria, y es el área que va a trabajar con grupos de riesgo, con grupos vulnerables y con población supuestamente sana. Y entonces abrimos programas para estas personas, y esto lo hacemos en los barrios, en una escuela, en una organización no gubernamental, en un centro cultural. Ya en el 94 comienza a verse un impacto del proyecto, comienza ya a notarse modificación en la atención a la población. Y comienza a haber un nivel de satisfacción de la población con el servicio que se está creando. Yo empiezo a hacer primero un análisis de cómo iban los indicadores, y por primera vez hay un estudio de morbimortalidad que habla de la patología psiquiátrica existente en el municipio. Comienza a disminuir el número de ingresos al hospital, comienza a haber una mayor accesibilidad, el paciente tiene a su alcance tratamientos que antes no tenía. Se hizo una encuesta de nivel de satisfacción y a los usuarios se les iba dando la encuesta, que era una encuesta anónima, y las personas las llenaban. Empecé a hacer grupo focal. Hice encuesta semiestructurada y empecé a obtener los niveles de satisfacción. Pero cada año nosotros hacíamos una actualización del diagnóstico de la comunidad, y se iban evaluando los cambios en ese diagnóstico.

En el 94 yo decido que ya, aquello que nosotros estábamos haciendo en el policlínico no era una consulta de psiquiatría, no era un servicio de psiquiatría, sino un servicio comunitario de salud mental, y decido convocar a los actores de la comunidad, a los decisores políticos, a las organizaciones del territorio, al gobierno local y a los pacientes. Es espacio del policlínico yo lo había ido transformando, no solamente desde el punto de vista funcional sino desde el punto de vista estructural, y eso es interesante, porque yo cuando llego al policlínico, en el 91, que me presento al director del policlínico, que digo que soy psiquiatra y que iba a hacer la consulta, él me contesta “mire que yo no tengo espacio”. Tenían clínica médica, ginecología, oftalmología, pediatría, trabajo social, psicología, tenían especialidades básicas y otras especialidades. Me dijo “tiene que compartir la consulta con el oftalmólogo”. Pero cuando llego me doy cuenta que el oftalmólogo, que iba una vez a la semana, ocupaba dos espacios. Claro, eso para mí fue un indicador, era “qué prioridad me estaban dando”, y dije “esto aquí tiene que ser diferente”. Me fui a hablar con el director, porque no había espacio no para mí, sino para la especialidad, y le pedí una consulta, porque yo estaba ubicado a tiempo completo en el municipio y tenía que tener un espacio. Entonces me tomé ese espacio y el oftalmólogo que use uno, y yo voy a usar el otro. Después lo interesante era que no había movilidad para esa oficina, porque era del oftalmólogo, y entonces me fui a la dirección y le dije “mire, yo me llevo dos sillones de su oficina, porque me hace falta uno para mí y otro para el paciente. Yo mismo me arreglé aquél espacio, y así empecé yo a trabajar en el policlínico.

Después hay otro incidente, yo me acuerdo que yo daba consultas hasta muy tarde y yo estaba en el último piso. Eso nadie lo entendía, y muchas veces me quedaba trancado en el policlínico, y tenía que gritar muy alto para que me fueran a abrir la puerta, con los pacientes, haciendo psicoterapia, a las 6, 7, 8 de la noche. Porque en esa época yo dedicaba prácticamente más de 10 horas al trabajo. Y fue una etapa muy difícil además, porque estamos hablando del año 91, y no olvidemos que la década del 90 es la década en que se instaura en Cuba el periodo especial, comienza a haber un grupo de necesidades importantes que comienza también a matizar la realidad de la población y a impactar. En ese contexto empiezo yo mi proyecto. Por tanto,

también, había mucha gente que no lo entendía, que decía “como ese hombre está pensando en hacer un proyecto de esas características con tantas situaciones que hay de urgencia”. Por supuesto tampoco podía pedirle al ministerio recursos en aquél momento, porque con toda honestidad el Ministerio de Salud tenía que priorizar los recursos que tenía para el programa del cáncer, para el programa de las terapias intensivas, para el programa del sida. Pero eso me hizo también abrirme un interrogante “la comunidad tiene que proveerme de los recursos necesarios”. Por supuesto la comunidad me iba a proveer de los recursos necesarios en la medida en que la comunidad se sienta empoderada, sienta que el proyecto le pertenece. Y ese proceso se va dando de forma paulatina.

Empiezo dando consulta, después necesito otros espacios y finalmente genero un área que había de espera en el policlínico, decido cerrarlo para hacer el primer hospital de día y el salón de psicoterapia en nuestra comunidad. Entonces inicialmente me costaba mucho trabajo que me resolvieran los materiales para cerrar aquella pared. Y fue interesante porque haciendo un entrenamiento en psicodrama me doy cuenta, en una de las sesiones, que la pared era la resistencia al cambio. Si yo hacía aquella pared ya no era una consulta de psiquiatría, era un servicio de salud mental que iba a tener un equipo de salud mental, que iba a tener consulta de psiquiatría, que iba a tener un salón de psicoterapia, que iba a tener un salón de relajación corporal, que iba a tener un hospital de día y que por tanto era una institución dentro de otra institución. Finalmente me busqué amigos de la comunidad y pude levantar la pared. Todo eso pasa en el año 94, y en este año decido convocar a todas las personas de la comunidad y decidimos inaugurar el primer Centro Comunitario de Salud Mental, con ese nombre.

Entonces acontece un evento en el hospital Calixto García y presento el proyecto, o sea, 4 años de trabajo con los resultados, y evidentemente ahí hay una fuerte discusión técnica y una periodista hace un artículo de mi ponencia, después me hace una entrevista, que salen en el periódico *Trabajadores*. Y dice una frase del artículo: “Medicina para enfermos y sanos, proyecto de salud mental de Regla”. Y realmente esa periodista capta el mensaje del proyecto,

ysale ese primer artículo, en el 94, del proyecto de Regla, su primera visibilización. En el 94 también hablo con el presidente del gobierno local, hablo con las autoridades de salud del territorio y convocamos al primer Taller de Psiquiatría Comunitaria. Lo más interesante es que el presidente del gobierno me da el teatro de la propia sede del gobierno municipal para hacer el evento. Ahí invito a colegas, a profesores de otros hospitales, o sea, es un evento científico, y también ahí se hace la primera exposición de arte de algunos pintores que venían trabajando conmigo en el tema de rehabilitación, y aquella jornada científica estuvo matizada también por una pincelada de cuadros y obras de arte que producían los artistas de la comunidad que colaboraban con nosotros. Estos artistas en aquél momento no eran pacientes, eran artistas que colaboraban con el proyecto y que ambientaron los salones de la reunión con sus cuadros, sus pinturas ... Pinturas que muchas veces eran usadas parasesiones de psicoterapia, para hacer debates sobre el impacto que producía en los pacientes. Era una técnica prácticamente proyectiva, donde la gente hacía un *insight* de esa situación. Lo mismo lo hacíamos con la música, y no te hablo de musicoterapia en ese momento, te estoy diciendo de usar la música como detonador de un estado de ánimo y a partir de esa detonación empezar a hablar de ese suceso. La música como vehículo, así como la pintura. Evidentemente ya empieza el arte a correr dentro del propio proyecto. Pero es más: yo me doy cuenta de que los artistas, a su vez, se van a convertir en promotores de salud, indirectamente, y que yo puedo empezar a usar, de esta manera, a otros profesionales para llevar salud a la comunidad. O para hacer promoción de salud, o educación en salud, en la comunidad.

O sea, esto es un proyecto donde evidentemente tu tienes que crear una red de intervención para poder trabajar, porque no lo puede trabajar desde una consulta cerrada, no lo puede trabajar tu sólo. O sea, tu tienes que crear un equipo pero a parte de ese equipo de especialistas, de profesionales tienes que tener también una red de colaboradores que estén por toda la comunidad y que establezcan un flujo constante entre el equipo y la propia comunidad.

Ahí decide el gobierno local darnos un espacio para empezar a funcionar como una institución independiente. Entonces en el final del 94 y principios del 95 nosotros tenemos ya el primer local donde se funda el Centro Comunitario de Salud Mental de nuestro municipio, y ya en el 96 adquirimos personalidad jurídica como institución independiente. Ahora, en Cuba se produce en el año 95 un suceso importante, que es una reunión que se hace en el Capitolio, que es la reunión para la reorientación de la psiquiatría hacia la atención primaria en salud. A esa reunión vienen Benedetto Saraceni y creo que Franco Rotelli, y la reunión se concluye con la “Carta de La Habana”, un documento programático que registra cuál va a ser la política de Cuba para la reorientación de la salud mental. O sea, ponen los principios de ese proceso de reorientación. Para satisfacción nuestra ya para ese evento nosotros llevamos la primera conferencia de satisfacción de usuarios. Muchas personas llevaban sus proyectos, sus programas, pero nosotros estábamos llevando resultados del trabajo. Nosotros habíamos empezado la experiencia en el 91, el proceso oficial de reorientación se produce en el 95 y sin embargo ya nosotros llevábamos resultados de un proceso que ya estaba en marcha.

En el 96 hago mi defensa de mi tesis de maestría en psiquiatría social, que se basa en la presentación de un modelo de atención en salud mental comunitaria para la atención primaria en salud. Ahí presento yo esta investigación que evalúa seis años de resultados: como se organizó, como se implementó, y se recogen los primeros resultados del trabajo, que son medibles y comprobables. En esa primer etapa, del 91 al 96, yo trabajo en un diagnóstico, trabajo en el diseño del modelo, en la formación de un equipo, en la implementación de ese proyecto y la fundación del Centro Comunitario de Salud Mental.

W: Y ¿ si puede decir que termina ahí una primera etapa?

R: Si y la segunda etapa empieza en el 97 y va aproximadamente hasta el 2000, y se caracteriza por la legalización del proyecto, la adquisición de personalidad jurídica, donde se consolida el proyecto en su espacio propio. Ahí me dan la autorización para aumentar mi equipo de trabajo y empiezo a contar con psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, licenciado en

educación, especialista en promoción de salud, un licenciado en informática, un especialista en cultura física terapéutica, digamos como profesionales básicos. Y hay otro personal de apoyo administrativo. El equipo en el 97 seríamos como 15 personas. Se amplía el equipo y empezamos a ampliar los servicios, el área médico psicológica. Entonces hablamos de una institución que va a tener, por un lado, lo que conocemos como el área de hospitalización, pero de característica no permanente. Tenemos un hospital diurno, tenemos una unidad de intervención en crisis, ambulatoria, que es una modalidad nueva para atender la crisis, tenemos el ingreso a domicilio. Se abre un área de consulta externa, de psiquiatría, de psicología, de trabajo social, de educación especial. Se abre el área de tratamientos especiales, entonces ahí hay medicina natural y tradicional aplicada a la salud mental, está el área de terapia familiar, terapia de pareja, psicoterapia para pacientes de funcionamiento neurótico, fundamentalmente depresión, se perfecciona la consulta especializada de atención al paciente con trastornos afectivos. Se abre el área de rehabilitación y un programa de rehabilitación para personas con síndrome de Down, para retrasados mentales. Se abre el club de la tercera edad, que es un programa de rehabilitación para personas de la tercera edad. Rehabilitación psicosocial para personas con trastornos psiquiátricos: programa de síndrome de Down, programa de retraso mental, programa para psicóticos de larga evolución, para adictos. Y se abre un área de tratamiento infanto-juvenil.

W: En ese momento de expansión en los servicios, de mantener la orientación hacia la tentativa de innovación, ¿no enfrentaste el desafío de que se pudiera, de alguna manera permanecer o volver al tipo de consulta tradicional, por ejemplo en psicología? ¿El personal del equipo podía escoger o no concordar con la nueva propuesta?

R: Eso es un desafío, y en aquél momento la gente que se me unía era porque quería trabajar dentro del proyecto. Porque habitualmente nadie se lanzaba en ese momento a trabajar en un proyecto de ese tipo. Primero porque para trabajar en algo así hay que tener convicción de servicio, hay que tener una dedicación particular, hay que tener cierto altruismo. Entonces en una época difícil como la década del 90, donde la gente también estaba centrada

en sus problemas personales, en sus necesidades, en la manera de subsistir, el que se tenía ese proyecto era porque quería hacer ese trabajo, porque estaba consciente de lo que yo estaba haciendo. Entonces los primeros se me unen no por designación, sino por vocación. Y hay otra cosa, es que yo voy a mantener un proceso de formación constante dentro del propio equipo, porque a todas esas personas que se iniciaron conmigo la mayoría nos fuimos formando todos juntos, fuimos aprendiendo. A otros los empecé a formar yo, ya con un poco más de conocimiento, de experiencia, de trabajo en la comunidad. Durante esta época hago yo también una especialización en metodología e intervención comunitaria, que también me ayuda muchísimo a tener una visión para trabajar con poblaciones supuestamente sanas, con poblaciones de riesgo, para lograr trabajar con indicadores diagnósticos de población. Y creo que eso también me permitió no perder las líneas del proyecto. Y yo le decía a las personas que entraban al proyecto: “usted tiene que hacer asistencia, docencia, trabajo comunitario e investigación.”. Entonces uno daba asistencia pero tenía que ir a un barrio a hacer trabajo comunitario y también daba docencia. Y eso es algo que tenemos mantenido históricamente en el proyecto, hasta hoy todos tenemos que hacer de todo. Es difícil eso, porque a medida en que va creciendo el proyecto se te va complicando, porque hay mayor cantidad de personas, hay multiplicidad de intereses, hay una red vincular mucho más complicada, y tienes que manejar de manera hábil al grupo en ese momento. Durante todos esos años el propio proyecto ha tenido momentos de crisis, por supuesto, cualquier proyecto tiene. Y a estos momentos de crisis hay que analizarlos, es lo que se conoce como análisis institucional, que pasa por la institución, por sus miembros, para poder entonces avanzar.

La segunda fase se cierra ya con una evaluación y validación del modelo, que se hace en el 2000 y 2001, por un equipo de expertos que yo contrato, que son de una organización de consultores que se dedican a evaluar las instituciones de Cuba. Esa evaluación te dice como está funcionando tu institución, tanto en los aspectos técnicos específicos como en los aspectos administrativos, organizacional. Y esa evaluación permite hacer un re-diseño del propio proyecto. En esa evaluación la mayor cantidad de resultados fueron positivos. Qué situaciones difíciles encuentra: primero es el tema “recurso”, o

sea, estábamos trabajando con un mínimo de recurso para todo lo que estábamos haciendo. Había que, en aquél momento, hacer una nueva organización desde el punto de vista administrativo, porque ya era un equipo más grande. Pero, qué es lo bueno que encuentra: alto sentimiento de pertenencia como fortaleza, desarrollo profesional, trabajo en equipo, alto nivel de satisfacción del usuario, satisfacción de los profesionales que trabajan en el proyecto. Entonces hacen sugerencia de buscar financiamiento para resolverlas situaciones materiales del proyecto, hacen una propuesta de organización administrativa más moderna, con carácter más empresarial. Entonces se traza en este momento, de forma más coherente, la misión, la visión, la estrategia, la política de calidad. Se escribe una cosa importante de esta supervisión, me incita a escribir los procedimientos, y algo que hacíamos de manera verbal queda registrado por áreas de trabajo, y entonces escribo todos los procedimientos de la institución, desde que llega un paciente a la puerta hasta que sale del sistema. Y creo que esto fue algo interesante porque me obligó a mí a algo que transmitía de forma oral, que enseñaba de forma oral, a escribirlo y a dejarlo organizado.

Y entonces en el 2001 empieza la tercera fase, que llega hasta el 2006, la fase del perfeccionamiento en los aspectos organizativos. Ya cuando se define la nueva misión, la nueva visión, la nueva política de calidad, las estrategias del centro, se introduce dentro del proyecto el análisis costo beneficio. Empezamos a comparar con otras instituciones del sistema. Se solicita la categorización docente de la institución, de manera oficial, ante el Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana y tratamos de optar ya en ese momento por un servicio de excelencia. Esa un poco es la propuesta hasta el 2006, o sea, trabajan en función de esos resultados. Ya durante ese tiempo hay indicadores importantísimos, como es la disminución de la tasa de suicidio, la disminución del número de ingresos hospitalarios, la disminución de número de remisión al segundo nivel de atención. Es una institución de salud mental con formación de pre-grado, el tener una red comunitaria armada. El tener en la atención primaria un servicio completo de salud mental. Sólo el segundo nivel está para la hospitalización permanente del paciente, sin embargo el resto de los tratamientos que hasta hace unos años atrás habían sido patrimonio del

hospital hoy estaban al nivel de la comunidad. El tener un vínculo mucho más fuerte y organizado con el programa de medicina familiar es otro elemento de logro del proyecto. El tener un sistema de información estadístico que me permite hablar de niveles de actividad dentro de un servicio de atención en salud mental comunitaria, el tener un estudio de morbimortalidad para afecciones mentales, el haber iniciado un programa de rehabilitación psicosocial con base comunitaria y tener ya pacientes reinsertados en la comunidad. O sea, hay un grupo, ya en esta época, de indicadores que te habla de la factibilidad y de la utilidad del proyecto. Pero además aquello que me decían una vez los libros cuando estudiaba, de que el 75% de los problemas de salud mental pueden ser resueltos en la atención primaria en salud yo lo estaba viendo concretamente, ya no era una lectura de un libro.

W: ¿Es en ese punto que Regla pasa a ser una referencia?

R: Regla pasa a ser un centro de referencia en salud mental comunitaria en Cuba en el 2000. Benedeto Saraceni visita el centro en el final del 2007 con la directora de la oficina de la OPS/OMS, la representante de la OPS/OMS en Cuba. Después hubo un intercambio fuerte y duro, porque fue una evaluación al propio proyecto, y Saraceni habla de ubicar al proyecto de Regla en uno de los tres sitios de buenas prácticas en salud mental comunitaria en Latinoamérica. Y habló de experiencias encontradas en Chile, de experiencias encontradas en Brasil y habló de la experiencia que él había encontrado en esa oportunidad en Regla. Y para mí eso ha sido una de las mayores satisfacciones, porque estoy hablando de una persona altamente conocedora, el actual representante del programa de salud mental y adicciones de la OMS. Y que esté evaluando un proyecto al que tu le ha dedicado 19 años de tu vida profesional a mi me hizo sentir muy satisfecho, y cuando te digo a mi es al equipo en sentido general, porque el resultado del trabajo de Regla es un trabajo de equipo, es el trabajo de un grupo de personas que se han unido en una tarea común.

W: Vos dijiste que una de las cosas que pasaron en Regla fue que ese trabajo de enseñanza de docencia se extendió a nivel pre-grado, ¿Qué es eso? R: Hoy en la formación en el quinto año de la carrera de medicina los estudiantes hacen su asignatura de psiquiatría. Hacen una rotación por la especialidad de seis semanas. De esas seis semanas, cuatro son básicamente la atención primaria en salud, ligadas al Centro Comunitario de Salud Mental. Empezó siendo como una experiencia en Regla.

W: ¿La experiencia de Regla se multiplicó en Cuba, hay otros Centros Comunitarios que están haciendo algo parecido?

R: Yo creo que Regla es un proyecto que está en un proceso de maduración. En Cuba en el 95 se da la reorientación de la psiquiatría y a partir de ahí se traza como política la apertura de centros comunitarios de salud mental a nivel de todo el país. Hoy hay una red de centros comunitarios en todo el país. En el 97 se hace una segunda reunión de evaluación de la implantación del programa y a partir del 2008 empiezan a darse las reuniones metodológicas nacionales donde se hace evaluación de cómo va el desarrollo de la salud mental en Cuba. Regla sigue siendo una experiencia referencial, sigue siendo un modelo de centro comunitario de salud mental con elementos atípicos pero que, a mi juicio, son los que tienen que estar dentro del modelo de un centro de salud mental comunitaria. Tenemos por tanto, hoy, en el país, diferentes grados de desarrollo de esas instituciones.

W: ¿Tienes idea de cuántas existen por ahí?

R: Sí, podemos hablar de unos 125 Centros de Salud Mental en el país. Aproximadamente, eso puede moverse, porque esa es una institución que se está evaluando.

W: ¿En la Carta de La Habana ya hay regulaciones específicas de cuantos profesionales tienen que tener, qué servicios tienen que ofrecer?

R: No, en la Carta de Habana no es así. Hay un documento después que se ha ido moldando a partir de experiencias múltiples. Y yo creo que el centro del que

menos se ha escrito es el de Regla, en la literatura actual en Cuba. Sin embargo, es una institución donde muchos profesionales han tomado experiencia para llevar a sus instituciones. Y eso es algo del que yo, de alguna manera, me tengo que censurar, debía haber escrito más sobre el proyecto de Regla, quizás lo tenga que hacer ahora.

W: ¿Cuál era el desarrollo cronológico? Decías que esta tercera fase va hasta el 2006. ¿Qué pasa en el 2006?

R: 2006 es una etapa que yo la ubico así porque yo intento, en el 2006, cerrar para presentar mi doctorado. Yo pensaba cerrar el proyecto en el 2006, hacer una evaluación del proyecto y nada. Después la vida es más fuerte que los propios deseos de uno, yo me he entregado mucho a la práctica profesional y he pospuesto la presentación de mi tesis doctoral. Y ha venido una cuarta fase que ha sido de perfeccionamiento constante. Pero ya no hubo la introducción de cosas, yo creo que el proyecto está en un momento de mantenimiento, aunque eso no quita de que constantemente yo esté revisando el proyecto, lo esté revisando, lo esté perfeccionando, esté adecuándolo, porque no puede ser estático en tanto y en cuanto la comunidad no es estática. Es una institución estructuralmente ya diseñada, organizada, pero sus programas varían en función de las necesidades de la comunidad. Por ejemplo, hace un año yo introduje dentro del proyecto la equino terapia como un nuevo servicio. Por tanto el proyecto asimilara nuevos servicios, aplicará nuevos programas de intervención comunitaria, dejará de hacer algunos programas que ya son obsoletos, en función de las necesidades de la comunidad y de los recursos que siguen existiendo en la comunidad. Y hay que tener claridad en ese sentido, no puede ser una institución estática sino puede estar repitiendo un modelo que puede ya no funcionar. Entonces hay que estar leyendo constantemente que pasa en la comunidad, cuál es el contexto, qué pasa con los profesionales que laboran en esta institución, no olvidar esto, o sea, hay que atender los niveles de necesidad de los usuarios, el nivel de satisfacción de los usuarios, pero también hay que tener en cuenta las necesidades del prestador de servicios. Y eso no se puede descuidar, y a veces descuidamos el atender al prestador de servicio, la carga a que ello está sometido.

W: ¿Hay un programa también que mire eso?

R: Quizás no esté totalmente diseñado un programa, pero siempre estoy tratando de estar atento a mover a los profesionales, moverlos de actividad, mandarlos a capacitar, preocuparme por ellos desde el punto de vista personal, de sus necesidades más básicas, o sea, no te puedo hablar de que hay un programa para bienestar profesional porque nuestros tiempos a veces son difíciles. Y hay algo que siempre digo “el que no quiere estar en el proyecto no debe estar, si te cansaste no estás obligado”.

W: Dime ahora acerca del surgimiento de la Bienal, ¿surge en el 2001?

R: Surge en 2001, en la tercera fase del proyecto, como Bienal.

W: Pero ¿como nació eso?

R: Regla es un municipio con un desarrollo cultural importante, hay fuertes tradiciones culturales. Por tanto, usar la cultura como vinculo o puente entre una institución de salud mental y la comunidad puede ser una fortaleza. La idea del proyecto es trabajar por una atención integral, donde el sujeto sea uno sólo, no sea ni mente ni cuerpo por separado. Trabajamos con un enfoque multi, inter y transdisciplinar en cuanto la salud mental no puede ser leída, vista, estudiada desde una disciplina. El trabajo tiene que ser inter y transectorial porque la salud es un producto de carácter social y a ese producto no aporta sólo el sector salud, aportan otros sectores de la comunidad. El proyecto tiene que valerse de otros sectores de la comunidad para trabajar, entonces podemos usar el elemento cultura como elemento aglutinador. Pero a esto se le une, como otro de los principales proyectos, la participación social. Entonces los cuatro pilares del proyecto van a ser estos: el trabajo integral, el trabajo multi, inter y transdisciplinar, el trabajo inter y transectorial y el trabajo de participación social. Y te hablo de participación social a partir de que realmente se produzco un empoderamiento del sujeto con el proyecto, y ese proceso se produce porque lo tomamos en cuenta su necesidad, porque buscamos la participación en la toma de decisión del proyecto, porque todo eso tomamos en cuenta a la hora de elaborar los programas. No es el que yo

quiera, o el que quiera el equipo, es el que necesita, y yo pienso que eso le ha dado sostenibilidad al propio proyecto, porque el propio aporte que ha hecho la comunidad en recurso, en fuerza material, en apoyo al proyecto durante estos años que han sido difíciles, ha tenido que ver precisamente con que las personas identificaron que el proyecto era para ellos, no para nosotros, y este es un elemento de mucho peso.

Ahora, uno de los elementos que yo trato siempre de defender es trabajar el estigma de la institución de salud mental, el estigma de que un centro de salud mental es para locos, para alienados mentales. Sin embargo desde lo que estamos haciendo no es para alienados mentales, es una institución para trabajar salud mental. Y la salud mental es mucho más que enfermedad mental. Es generar bienestar, es desarrollar la espiritualidad, es mejorar calidad de vida, es cambiar estilos de vida, es enseñar a la gente a disfrutar de los pequeños detalles, de las pequeñas cosas, es que la gente sienta satisfacción por su trabajo, satisfacción por formar una familia. O sea, esa institución es una institución además que con ese concepto aplasta la idea de que es una institución para locos, y por tanto trabaja sobre el estigma de la locura, o trabaja sobre el estigma de la representación social de la locura, en el imaginario. Entonces vamos, desde una institución de salud mental, a trabajar un proyecto de desarrollo sociocultural donde la institución de salud sea un espacio proveedor de cultura para la comunidad. De ahí nace que el Centro tenga una galería de arte, que bajo el nombre Salumec (Salud Mental Comunitaria) da cabida a obras de arte de artistas de renombre, de estudiantes de arte, de pacientes que hacen arte, donde sus obras pueden ser expuestas. Entonces cumple una doble función social: sirve para ambientar el centro, para darle otra imagen no hospitalaria a la institución y contribuye al tratamiento, a la rehabilitación, a la desestigmatización. Entonces cuando uno viene al Centro y entra por la puerta es una institución modesta, no es una institución marmorizada, pero que tiene mucho calor humano. Hay cuadros en las paredes, hay plantas. Cuando usted lee y revisa los principios de la institución lo ves que trabaja con un enfoque ecológico, con un enfoque de género, con la participación social, o sea, en la propia institución se devela los presupuestos teóricos de los que ella se nutre, del que parte. Entonces, ese

programa de desarrollo sociocultural va dirigido a enfermos, a población sana y a población en riesgo y grupos vulnerables. Para la población enferma ofrece un grupo importante de talleres de arteterapia (musicoterapia, cine debate terapéutico, psicodrama), para la población supuestamente sana donde muchas veces está la familia del paciente, ofrece talleres de creatividad, peñas culturales, conciertos, galería de arte. Y para los grupos de riesgo y vulnerables utiliza muchas veces el arte como forma de llegar a estos grupos, a través de la música, del cine, del teatro, de la narración oral. Entonces a esta institución usted puede, en un domingo, ir a un concierto, la institución no está sólo para atender el enfermo mental, es un espacio cultural. Francisco Lacayo, ex representante de la UNESCO en Cuba, en la Bienal del 2005, se refirió al proyecto de salud mental de Regla como no solamente un proyecto de salud, sino un proyecto para el crecimiento humano. Y esta observación que hace la hace a punto de partida de estos criterios, de cómo el centro promueve la cultura, promueve la salud y el bienestar.

W: Y ¿cuál era la ideal central en el nacimiento de la Bienal?

R: A la Bienal yo llego a partir de que convoqué en el 2001 a un grupo de pintores que habían colaborado con el proyecto a reunirse y dejar una huella de su trabajo en el centro, y los convoqué a hacer un mural que se llama *Familia*. El mural al final probó otro de los conceptos que defendemos en el proyecto, que es *no* a la exclusión social, *sí* a la diversidad. Y es un mural donde se reúnen 14 artistas, dentro de ellos 7 primeras firmas cubanas que se mezclan con alumnos de la academia de San Alejandro y con pintores autodidactas en un mismo y único momento, cosa que no es frecuente, que una primera firma, reconocida, con toda una carrera, pinte junto con estudiantes de una academia de arte. Ese fue como el símbolo “no a la exclusión, sí a la diversidad”. Este mural está en el Centro, es un mural que preside a la institución. Y con eso aparecieron los objetivos de la Bienal, sólo que para cumplir los objetivos han pasado 5 ediciones del evento, que nació siendo una *Bienal de las Artes Plásticas* para convertirse en una *Bienal de las Artes y la Salud Mental*.

W: ¿Era promovida por el Centro?

R: Sí, y eso fue también un problema, porque una Bienal de Arte promovida por un psiquiatra, por una institución de salud, no era muy entendida. Y lo hicimos, pero también con un nivel de censura, con un nivel de escepticismo. Sin embargo estamos en la quinta edición, y yo creo que hoy hablamos de una Bienal con un grado de maduración. Entonces, ¿cuáles son los propósitos de este evento? Primero: hacer un llamado a los artistas y a estudiantes de las artes a unirse a proyectos de carácter social y humanitario, un poco diciéndoles “el arte es algo más que un producto para disfrute estético o para obtener determinadas ganancias, como modo de vida, sino el arte puede tener función *de*”. La otra historia es lograr que personas que hacen arte y son discapacitados tengan la posibilidad de exponer en las mejores galerías del país. Porque la Bienal nació en Regla y hoy se extiende al país, distribuida por galerías de arte, por casas de cultura, por salas de teatro, por espacios públicos, por instituciones de salud. Hoy está promoviendo artes plásticas en sus diferentes modalidades (escultura, fotografía, pintura), música, danza, teatro, narración oral. Pero lo más interesante es que la Bienal hoy es unamezcla de artistas de alto renombre en nuestro país, estudiantes de arte, pacientes que hacen arte, pacientes que se benefician del arteterapia, artistas que trabajan con proyectos de arteterapia, profesionales de la salud que trabajan con grupos de arteterapia, y estamos participando hoy en las mejores galerías del país. Reconocen la Bienal instituciones tan prestigiosas como el Museo de Bellas Artes de Cuba, la Oficina Panamericana de la Salud, el Ministerio de Cultura.

W: Y también atrae visitantes internacionales.

R: El otro objetivo de la Bienal era crear un espacio de reflexión e intercambio científico, espacio que se logra en la segunda Bienal con el Primer Coloquio de Arte y Salud Mental para la región de Centroamérica y del Caribe. Esto es el espacio teórico de la Bienal donde se convocan a los profesionales de las artes y la salud a dialogar, intercambiar, discutir y presentar ponencias sobre estetema. Este año hemos tenido participación de Brasil, Panamá, Perú, Francia, Argentina, Chile, España. En la edición anterior tuvimos de Estados Unidos, Bélgica, Bolivia. O sea, el evento teórico, sin tener todavía grandes

pretensiones de representación internacional, se ha ido convocando algunas personalidades internacionales.

W: Y esto está resultando en algunos proyectos, como por ejemplo, con el Ministerio de Cultura de Francia, ¿verdad?

R: Bueno, ahora nació y se inserta en este proyecto de desarrollo sociocultural un proyecto que se está haciendo entre el hospital psiquiátrico de La Habana, el Centro Comunitario de Salud Mental de Regla y un grupo de actores franceses que están montando *El Caballero de Paris*, que es una obra de un escritor psiquiatra cubano, el profesor Calzadilla, que escribe sobre la vida del Caballero de Paris. Tomando esta obra se ha hecho una adaptación a teatro y va a ser la primera vez que un teatro cubano va a exhibir una obra donde sus actores son todos pacientes psiquiátricos.

W: Una nota de esclarecimiento: ¿cuál es el tema del “Caballero de Paris”?

R: El Caballero de Paris es un personaje que en el siglo XX deambula muchos años por La Habana. Es un personaje muy pintoresco porque deambulaba por las calles de La Habana haciéndose ver como un gran señor y tenía una relación muy afable, muy educada, con todas las personas. Evidentemente tenía un delirio de grandeza que lo acompañó durante toda su vida, y se sentía como un gran caballero, y así vestía y así hablaba. Entonces se convirtió en uno de esos personajes de la ciudad. Terminó su existencia internado en el hospital psiquiátrico de La Habana. Y su médico de cabecera pidió hacer un libro de la historia del Caballero de Paris. Ese libro, sin develar la intimidad de este paciente, recoge la historia de este hombre, y este es el suceso que se va a contar en la obra de teatro. El Caballero de Paris es, a mi juicio, el símbolo de la aceptación de la locura en las calles. Porque hay un hombre que convive con la población, que a la población no le molesta, que dialoga con las personas, que el resto de la población lo ayuda en un momento determinado, y evidentemente se ha convertido en un símbolo que hoy tiene su presencia dentro de las esculturas de La Habana Vieja, en la Plaza de las Palomas, una estatua ahí muy pegadita al convento de San Francisco de Asís. Y evidentemente es un personaje que se ha hecho tan místico, porque las

personas van ahora a su lado, le tocan la barba, le tocan un dedo, y piden un deseo. O sea, sigue siendo un personaje de la historia popular de la ciudad de La Habana. Esa es la historia que cuenta la obra.

W: Y ¿quién erigió la estatua?

R: Esa estatua es de Villa Soberón, un importante escultor cubano, actual vicepresidente de la UNEAC, Unión Nacional de Escritores y Artistas de Cuba. Tiene varias obras de este tipo de personaje. Tiene una obra de *Hemingway* en el *Floridita*, un restaurant bar muy importante de la ciudad de La Habana, donde nació el *Daiquiri*, y precisamente Hemingway iba ahí a tomar sus tragos. Así hay varios personajes diseminados por toda La Habana de este importante escultor cubano.

W: Entonces se puede decir que la presentación teatral del *Caballero de Paris* por pacientes psiquiátricos y con apoyo internacional representa emblemáticamente la integración social de personas tradicionalmente tornadas alienadas en la sociedad, y de un tema tradicionalmente segregado. Porque por un lado La Habana tal vez sea la única ciudad del mundo con una estatua importante de uno considerado como loco, pero por otra parte, la alienación de a locura, conforme tu relato, no está aun superada.

R: Esto creo que va a ser un acontecimiento y un suceso en que quedará bien patentizada la integración social que hoy busca la política de salud mental de Cuba. O sea, algo que está escrito se materializa de forma concreta, y esta presentación de la obra del *Caballero de Paris* muestra precisamente esta integración.

Hay otras pruebas de este proceso de integración social,. Hoy en Cuba se está produciendo un proceso de disminución de la población hospitalaria, ese proceso de desinstitucionalización, pero una desinstitucionalización con una red de contención social, que creo que es extremadamente importante. Si los procesos de reforma psiquiátrica o de reorientación de la psiquiatría o de la salud mental en el mundo en algunos lugares han fracasado o no han sido todo lo más satisfactorio posible muchas veces han tenido que ver con que ese

proceso de desinstitucionalización muchas veces no ha sido desinstitucionalización, sino desospitalización. Porque no se ha entrenado la red de apoyo social a nivel comunitario ni se ha preparado a la comunidad para recibir a esta persona en su seno. Entonces nosotros durante todos estos años hemos trabajado en dos líneas: una en preparar la población para recibir a esta persona de nuevo en la comunidad, pero crear a nivel de la comunidad las estructuras, los dispositivos, las instituciones que pueden acoger a esta persona. Y no hablo sólo de dispositivos de salud mental, ni de dispositivos de salud, hablo de instituciones culturales, sociales, deportivas, la organización de los trabajadores a nivel de las comunidades, que también son dispositivos de contención social, para que tengan en una interacción constante la posibilidad para que esta persona encuentre su espacio en cada una de las comunidades. En este momento nosotros nos encontramos precisamente trabajando en este sentido.

W: En ese tiempo, en algún momento, tú eres nombrado jefe de psiquiatría del Ministerio de Salud Pública. ¿En qué momento esto sucede y cómo esto altera tu trabajo con la comunidad de Regla?

R: Es una pregunta interesante. Realmente, a mi me nombran jefe del gruponacional de psiquiatría del Ministerio de Salud el 13 de febrero del 2008, no hace mucho tiempo. Y es una responsabilidad importante en tanto que me convierto en asesor de salud mental para nuestro ministerio y tengo la responsabilidad de formar un equipo de trabajo con los especialistas y expertos en salud mental del país para poder tomar decisiones en cuanto a políticas de salud mental. Hay trabajo, pero desde el principio me dije que iba a compartir con mi función como director del proyecto de salud mental de Regla. Porque toda la experiencia que yo puedo tener hoy para asesorar al propio ministerio en política de salud mental tiene que ver en gran medida con ese proyecto, y tiene que ver con mi trabajo en la base, en la atención primaria de salud.

W: ¿Tu había sido invitado para otro cargo?

R: Anteriormente había sido propuesto para ocupar una función más de carácter administrativo que me separaba de mis funciones como director en Regla. Y evidentemente dije que no. A mí me interesa seguir vinculado a Regla porque es un proyecto que me mantiene ligado a la práctica profesional directa, a mi me gusta atender pacientes, hacer trabajos psicoterapéuticos, grupos, docencia, trabajo en la comunidad. Trato de no perder estas posibilidades, porque eso es lo que me permite estar constantemente leyendo sobre mi realidad, sobre mi práctica, sobre la práctica de mis colegas y sobre las posibilidades que objetivamente pueden o no ser ejecutadas.

W: Como jefe de psiquiatría, tu cargo actual, ¿cuáles son tus tareas?

R: Asesorar todo lo que tiene que ver con política de salud mental del Ministerio de Salud.

W: Y, ¿cuál es la dirección de la política de salud mental hoy en el Ministerio de Salud Pública de Cuba?

R: Hoy la política, en primer lugar, es seguir fortaleciendo la salud mental a nivel de la atención primaria de salud, a través de los equipos de salud mental fortaleciendo los Centros Comunitarios de Salud Mental que son las instituciones rectoras de la política de salud mental a nivel local, redimensionando el hospital, logrando que ese hospital siga humanizándose cada día más y acercándose más al entorno familiar del paciente. En la medida en que podamos ir reinsertando los pacientes a los Centros de Salud Mental, ir disminuyendo el número de camas hospitalarias, para solamente reservar el número mínimo de camas para aquellos pacientes que por determinadas razones no pueden estar en la comunidad. Es política del Ministerio ir introduciendo nuevas tecnologías en salud mental, continuar un proceso de formación de recursos humanos que satisfaga las crecientes necesidades en salud en nuestro país. Lograr seguir elevando el nivel técnico de los actuales profesionales a través de todo el proceso de educación continuada, a través de la apertura de maestría y doctorados que sean afines a la salud mental. Esa es hoy la política en términos de salud mental de nuestro Ministerio. Y por supuesto hoy ya están definidas las estrategias de trabajo de nuestra

especialidad hasta el 2015, por tanto nosotros sabemos cuáles son las tareas a cumplir hasta el 2015, qué cantidad de recursos humanos tenemos que formar, que cantidad de profesores tenemos que lograr tener, como va a ser el pase de categoría de nuestro cuerpo profesoral. Eso hoy está claramente dibujado. Estamos revisando el programa nacional de prevención de la conducta suicida, el programa nacional de alcoholismo, programas que ya están implantados y estamos en constante evaluación para perfeccionar estos programas. Se está trabajando en un programa nacional para el abordaje de los trastornos depresivos, incluyendo también todo lo que es trastorno afectivo. O sea, hay todo un trabajo en cuanto a la rehabilitación psicosocial, esas son estrategias, políticas.

W: ¿Hay políticas específicas para tratamientos invasivos como el electroshock o algo así?

R: El tratamiento electroconvulsivante sigue siendo un elemento dentro del arsenal terapéutico de nuestra especialidad. Sólo que en nuestro país evidentemente hay guías de buenas prácticas para la aplicación de este tratamiento, hay indicaciones muy precisas que se corresponden con la indicación internacional para su aplicación y sólo se reservan para aquellos casos que no se han resuelto por otros procedimientos terapéuticos. En eso somos muy cuidadosos, muy precisos.

W: Y ¿se puede aplicar, por ejemplo, en el Centro Comunitario?

R: No, el tratamiento electroconvulsivante es un tratamiento de aplicación hospitalaria, con un equipo especializado que además es apoyado por otras especialidades como la anestesia, la medicina interna. O sea, primero lo da un psiquiatra, el médico anestesista y un internista. Y además el paciente ha sido evaluado desde el punto de vista clínico, se le han hecho electrocardiograma, se le han hecho exámenes de laboratorio, para evitar cualquier complicación. Y además se hace con el consentimiento informado del paciente y de su familia. Se le explica a la familia y en última instancia la familia decide si se le aplica el tratamiento al paciente.

W: ¿Un paciente ambulatorial puede ir a hacerlo al hospital sin estar internado?

R: Se puede hacer de manera ambulatoria, pero cumpliendo todas las indicaciones técnicas. Se le hace el chequeo al paciente, y la valoración por el equipo médico. O el paciente está una sola vez en el hospital hasta que se recupere y vuelve a su casa, hasta que le toque de nuevo el tratamiento.

W: Muy bien. ¿Aún hay algo que quiera decir?

R: Yo creo que estamos trabajando muy fuerte, como Ministerio, en la posibilidad de que cada uno de nuestros especialistas tenga las habilidades, tanto en el ejercicio de la psicofarmacología, de la psicoterapia, de que tenga claridad en sus posibilidades de intervención social. O sea, estamos hablando de un especialista integral en salud mental, más que de un especialista en psiquiatría. Hay otro elemento importante que ha surgido, está en vía de aprobación, la especialización en enfermería psiquiátrica, que va a ser una residencia en enfermería para formar enfermeros que tengan ya su grado de licenciatura pero como especialistas en psiquiatría. A lo que se suma ya el actual licenciado en trabajo social, el actual licenciado en terapia ocupacional, pero ya como profesionales, digamos, universitarios.

W: Bueno, muchas gracias Raúl, fue una entrevista muy buena.

## **ABSTRACT**

In this interview, Raul Gil Sánchez, the Cuban Ministry of Health National Director for Psychiatry, talks about the development of the Regla Community Mental Health Center, since its conception, when Sánchez was hired as a psychiatrist in what was then a general clinic facility, until its recognition by the World Health Organization as an international reference for psychosocial care. The interview was taken by Walter de Oliveira, then the President of the Brazilian Mental Health Association (Abrasmé) during his participation in the 5th Bienal of Arts and Mental Health, in 2009. Sánchez also reflects on community mental health and deinstitutionalization in Cuba, and explains how the Arts Bienal grew into a most important intersectorial event in Latin America, among other important themes.

**KEYWORDS:** Community mental health; psicossocial care; arts and mental health. Deinstitutionalization; Regla Community Mental Health Center