

## Entrevista a Benedetto Saraceno Redacción Átopos



### 1. ¿Qué destacarías de tu amplia y multifacética experiencia como profesional de la salud mental?

Si busco un hilo conductor o, quizá, las lecciones extraídas de mi trayectoria como experto nacional e internacional de salud mental, descubro un sentido fundamental de continuidad, de contigüidad y de semejanza entre los fenómenos y procesos que he observado: continuidad temporal durante treinta años, contigüidad geográfica a lo largo de cinco continentes y una gran semejanza de contenidos. Trataré de explicarme:

La historia de la reforma psiquiátrica italiana ha sido, en esencia, la historia de tres fenómenos que afortunadamente coincidieron:

- La intuición-acción de Basaglia para quien el escándalo del manicomio no era tanto una cuestión de inhumanidad y miseria de un lugar específico (el manicomio precisamente) sino una cuestión de poder y mistificación de una disciplina, la psiquiatría.
- La intuición de la izquierda italiana e internacional para la que el discurso político ya no podía limitarse a la tradicional

lucha de clases sino que debía extenderse a otros temas y a otros subtemas (el movimiento de las mujeres, el aumento de la conciencia de los homosexuales, la crítica del autoritarismo de los modelos educativos, la afirmación de una moral sexual libre de los condicionamientos católicos y pequeño burgueses).

Las condiciones objetivas de la lucha en los múltiples frentes que se abrieron en toda Europa (a partir del mayo francés) y en Estados Unidos (a partir de las protestas contra la guerra de Vietnam).

La reforma psiquiátrica italiana se nutría de estos fenómenos concomitantes y la crítica a la institución del manicomio se convertía en crítica a la psiquiatría como institución total. El fuerte anclaje del movimiento italiano de psiquiatría democrática a la realidad hospitalaria pública mantuvo el debate siempre dentro de un compromiso de cambio del sistema psiquiátrico público y nacional. Tal característica diferencia de modo sustancial la experiencia italiana de las experiencias tan radicales como aisladas y «privadas» de los antipsiquiatras ingleses.

La experiencia de la reforma psiquiátrica italiana, sobre todo en sus comienzos, se caracteriza por:

a) Su fuerte vínculo con las luchas antiautoritarias y de democratización que recorrían todo el país (y el descubrimiento de la subjetividad como categoría política).

b) La crítica radical pero práctica de la institución del manicomio (los italianos se diferencian en esto del ambiente

francés, muy intelectualizado por el discurso de Guattari y de Deleuze y, a menudo, muy lejos del compromiso práctico para el cambio de las instituciones).

c) El análisis crítico de la psiquiatría como institución mistificada y mistificadora (y en este campo Franco y Franca Basaglia contribuyeron enormemente a la comprensión de los procesos pseudocientíficos y, en realidad, ideológicos que suponen el fundamento epistemológico de la psiquiatría).

Mi adhesión al movimiento de la psiquiatría democrática y mi decisiva experiencia de formación en Trieste con Franco Basaglia y Franco Rotelli me permitieron conocer el manicomio, las luchas por la superación de este, las primeras experiencias de desinstitucionalización en Milán (la ciudad donde trabajé después de mi formación en Trieste), la resistencia al cambio de la psiquiatría oficial, la frialdad sustancial y el distanciamiento de la cultura psicoanalítica de las luchas y del compromiso con la transformación. Volveré a encontrar casi idénticas estas condiciones y estas temáticas en los años sucesivos y en los más remotos lugares del mundo. Como si la pobreza epistemológica y moral de la psiquiatría atravesase indemne y victoriosa el tiempo y el espacio. Y las luchas por liberar a los enfermos y a los profesionales de esas miserias también se muestran todas muy semejantes entre ellas, incluso en contextos sociales, económicos y culturales muy diversos.

Después de algunos años como psiquiatra comprometido con el movimiento italiano de reforma, sentí la

necesidad de documentar con formas más rigurosas y menos narrativas y anecdóticas los procesos de desinstitutionalización y las prácticas innovadoras de salud mental comunitaria. El lenguaje del movimiento de la reforma era muy ideológico y hostil a cualquier posible contaminación por parte de los lenguajes cuantitativos de la epidemiología y de la sanidad pública. Abandoné la práctica de la psiquiatría (tras nueve años de práctica) y me comprometí en la investigación epidemiológica o, mejor dicho, en el intento de crear un puente cultural, semántico e metodológico entre ciencia y experiencia, entre prácticas innovadoras y métodos cuantitativos. Durante diez años me responsabilicé de la dirección de un Laboratorio de Epidemiología y Psiquiatría Social. Creía, y sigo creyendo, que los procesos de transformación tienen que documentarse, que describirse con métodos fiables, que evaluarse. Se abrió entre muchos militantes de la reforma psiquiátrica y yo un conflicto cultural muchas veces áspero: el uso de métodos científicos cuantitativos se consideraba reduccionista, incapaz de captar la complejidad y la vitalidad de los cambios, falsificador y arbitrario. Es indudable que los llamados métodos cuantitativos, utilizados por la epidemiología, se revelan a menudo insuficientes para aprehender la complejidad de los fenómenos, pero también estoy convencido de que la complejidad de los fenómenos no puede provocar una impunidad-inmunidad en la evaluación de las prácticas de la psiquiatría (y en general de todas las prácticas sanitarias que implican sistemas públicos y ciudadanos). Es interesante anotar que

el argumento «la complejidad de la psiquiatría es tal que no permite el uso de métodos cuantitativos y de evaluación estandarizados» se alega tanto por los profesionales progresistas, que quizá temen que la complejidad de la práctica se simplifique en exceso por la mirada de la epidemiología, pero también por los clínicos más conservadores que rechazan la evidencia científica de los estudios farmacológicos cuando estos ponen en tela de juicio sus prácticas prescriptivas irracionales y caprichosas (o dictadas con frecuencia por la presión de la industria farmacéutica).

Curiosa connivencia entre psiquiatras progresistas y psiquiatras conservadores. Los psicoanalistas, por último, no toleran ni siquiera la idea de estudios de eficacia aplicados a su práctica clínica. Y al final, todas estas prácticas permanecen, ay, sin evaluar pero siguen contando con la financiación del dinero público.

Esta tensión entre mi exigencia de investigación y algunos psiquiatras progresistas no impidió, sin embargo, que al final se encontraran formas de colaboración útiles e innovadoras y, sobre todo, de enriquecimiento recíproco, porque las razones de ambos estaban fundamentadas.

A lo largo de estos treinta años, he encontrado las mismas resistencias, las mismas ambigüedades en todas partes y en todas partes he comprobado la arrogancia de la medicina basada en la evidencia por un lado y por el otro, el deseo de impunidad de la psiquiatría clínica. Como el gato con el ratón: un

Y en todas partes he comprobado la arrogancia de la medicina basada en la evidencia por un lado y por el otro, el deseo de impunidad de la psiquiatría clínica.

gato arrogante llamado “método científico” y un ratón a la defensiva e fugitivo llamado “clínica psiquiátrica”.

El compromiso político “internacionalista” me puso en contacto con países de América Latina que intentaban experiencias innovadoras en la asistencia psiquiátrica. Inicé un trabajo de cooperación técnica financiado por el Istituto di Ricerca de Milán donde trabajaba (el Instituto Mario Negri dirigido por el farmacólogo Silvio Garattini) que, durante casi ocho años, me llevó a Nicaragua, Costa Rica y Salvador. Fueron años de grandes descubrimientos y experiencias (y amistades) inolvidables. Lo más interesante fue que no se percibían diferencias sustanciales entre las lógicas que caracterizaban la asistencia psiquiátrica en el Sur y en el Norte del mundo. Las mismas lógicas conservadoras, las mismas lógicas innovadoras, las mismas luchas entre pocos deseosos de cambiar y muchos que defendían el *statu quo* y los privilegios del *establishment*. Además, allí donde se instauraban, si bien tímidamente, las prácticas innovadoras, se creaban experiencias que extraían de su propia escasez de recursos una fuerza y una capacidad innovadora extraordinarias. La escasez de recursos “especializados” (psiquiatras, psicólogos etc.) obligaba a formar profesionales de la “atención primaria” o de la comunidad que se convertían en formidables agentes de salud mental comunitaria: ¿Tenía algo que enseñar la psiquiatría “pobre” del Sur a la “pobre psiquiatría” del Norte?

La pobreza como recurso y la comunidad como protagonista de la salud eran estrategias nuevas respecto a lo que yo

había conocido en mi experiencia italiana. Y el encuentro con la Organización Panamericana de la Salud (la agencia americana de la OMS) y con su líder de la salud mental Itzhak Levav cambiaron fundamentalmente mi mirada eurocéntrica y me transmitieron un entusiasmo nuevo. Junto con Levav, concebimos y organizamos la Conferencia de Caracas (1990), la primera conferencia de una agencia técnica de las Naciones Unidas que asumía una posición de clara crítica al manicomio. Creo que fuimos capaces de crear un movimiento continental donde políticas de sanidad pública, reformas de salud mental y compromiso con los derechos humanos se reunían en un gran movimiento continental único que comenzó en 1990 y que sigue existiendo e influyendo eficazmente en las políticas latinoamericanas de salud mental.

En 1996 fui llamado a Ginebra por la Organización Mundial de la Salud para dirigir el programa especial de salud mental para las poblaciones vulnerables *Nations for Mental Health*. El programa se desarrolló entre 1996 y 2000 y constituyó la base para el programa de salud mental de la OMS, de la que me convertí en director en 2000, durante el mandato de Gro Harlem Brundtland. Recuperé todos los fragmentos del recorrido comenzado en Trieste en 1976, ¡pero esta vez el campo de acción era el mundo!

Hablaba al principio de esta entrevista de la continuidad en el tiempo y de la contigüidad espacial y de la gran semejanza de las cuestiones sobre la mesa, y lo confirmé de nuevo:

1) Una asistencia psiquiátrica primitiva, opresiva, separada, violenta.

2) Una resistencia sistemática de los psiquiatras al cambio, una defensa corporativa (gremial) del *statu quo*.

3) Muchas experiencias de renovación de los sistemas de salud mental comunitarios pero casi ningún cuestionamiento del manicomio. Todo se puede cambiar pero el manicomio se mantiene como eje hegemónico de la asistencia. Con todo, si se comienza alguna reforma se debe, en todo momento y lugar, a la presencia de uno o más de los siguientes factores:

a) Un líder carismático proveniente del sector psiquiátrico.

b) Una voluntad política de cambio no generada por el sector psiquiátrico sino por los dirigentes locales o nacionales de la sanidad pública.

c) Un movimiento por los derechos humanos originado por el sector jurídico o por asociaciones de base de familiares o, en general, por militantes de los derechos humanos.

4) La extendida hostilidad frente a la introducción de métodos evaluativos o, en todo caso, de cualquier intento de basar las intervenciones y las estrategias en la evidencia científica.

5) La dramática ausencia en los países de renta baja y media de personal especializado compensada sin embargo por la presencia de personal de salud presente y arraigado en las comunidades. Esta disparidad entre países ricos

y países pobres constituye probablemente el elemento diferenciador más significativo y el punto de partida para organizar la asistencia psiquiátrica en contextos de bajos recursos especializados. Con frecuencia, esta escasez de especialistas se transforma en riqueza cuando los recursos humanos comunitarios se entrenan para intervenciones en las comunidades sin recurso de hospitalización.

Por último, y esto suponía una importantísima novedad, a partir de mi ingreso en la OMS, contaba con un instrumento nuevo y potente: la gran autoridad moral y técnica de la Organización Mundial de la Salud. Tal autoridad podía ejercerse en tres niveles: el nivel político global, a través de las instancias directivas de la organización y, por tanto, de los ministros de sanidad que componen la asamblea deliberante; el nivel político local, a través de la influencia en las políticas de los diferentes países; por último, el nivel técnico, a través de la influencia sobre el sector sanitario generalmente muy atento a las directivas de la OMS.

Por consiguiente, existían tres factores que permitían una actuación que contribuyera a cambiar la asistencia psiquiátrica en los países.

La gestión del programa de salud mental de la OMS en el pasado se había caracterizado por una marcada impronta conservadora: psiquiatras de formación biológica, con un interés más clínico que de sanidad pública, más interesados en la clasificación y diagnóstico que en los derechos y mejora de los servicios. Lo que cambió en la cultura

Una resistencia sistemática de los psiquiatras al cambio, una defensa corporativa (gremial) del *statu quo*.

de salud mental de la OMS entre 2000 y 2005 fue la decidida transición de la psiquiatría clínica a la salud mental pública, de la hegemonía del hospital psiquiátrico a la promoción de los servicios de salud mental comunitaria, de la tolerancia hacia el establishment psiquiátrico connivente con las violaciones de los derechos humanos a un decidido compromiso con la denuncia tales violaciones y con la creación de alianzas con los movimientos de los usuarios y de los militantes por los derechos. Fue una verdadera revolución promovida por Gro Brundtland, que se hizo operativa gracias a una importante descentralización de los recursos de la OMS desde Ginebra hacia las oficinas regionales y nacionales. Tanto en Ginebra como en la periferia, se creó un equipo global, entusiasta e innovador, guiado por personas de alta cualificación técnica y ética como Shekhar Saxena, Michelle Funk, Vladimir Poznyak, Mark Van Ommeren, Itzhak Levav, Miguel Caldas de Almeida, Jorge Rodríguez, Custodia Mandlhate, Taghi Yasami, Wang Xiandong.

## 2. ¿Qué piensas de la formación actual de los profesionales y del debate teórico en el campo de la psiquiatría?

La formación de los profesionales de

la salud mental ha evolucionado mucho más lentamente que cuanto lo han hecho los servicios. La universidad, con poquísimas excepciones, continua formando psiquiatras clínicos y psicólogos sin interés alguno por la dimensión organizativa de los servicios en los que van a trabajar. Los clínicos están convencidos de que el destino de sus pacientes depende exclusivamente de los tratamientos individuales que reciben y no, también y sobre todo, de los modos y de las formas organizativas de los servicios (como, en cambio, demuestra ampliamente la literatura). Un gran clínico que trabaje en un servicio territorial abierto solo cuatro horas al día obtendrá peores resultados que un clínico quizá menos brillante que trabaje en un servicio disponible para el paciente durante doce horas al día, ofrezca visitas domiciliarias, se preocupe por la vulnerabilidad social del paciente, etc.

La formación que se ofrece hoy en día en la mayoría de las universidades es exclusivamente clínica y, en muchos casos, no provee de los instrumentos "críticos" para leer críticamente la información psicofarmacológica, no forma para navegar con inteligencia entre experiencia clínica y evidencia científica, no forma para evaluar las intervenciones ni la capacidad para trabajar en equipo.

La formación de los profesionales todavía refleja, más bien, un debate teórico antiguo: psiquiatría biológica contra psiquiatría psicodinámica

La formación de los profesionales todavía refleja, más bien, un debate teórico antiguo: psiquiatría biológica contra psiquiatría psicodinámica contra psiquiatría social.

De izquierda a derecha  
Manuel Desviat,  
Benedetto Saraceno,  
Mari Fe Bravo y Itzhak  
Levav, Madrid, 2010



contra psiquiatría social; cultura de las intervenciones basadas en las evidencias contra cultura de las intervenciones basadas en la experiencia clínica. Todos estos reflejan una gran fragilidad epistemológica de la psiquiatría, aplastada de un lado por el creciente rigor y complejidad de la estructuración epistemológica de las neurociencias y de la neuropsicología de las funciones superiores y, del otro, por la mayor operatividad, laboriosidad y agudeza de los profesionales psicosociales (asistente social, terapeuta ocupacional, enfermera, psicólogo).

Los psiquiatras corren el riesgo de ser demasiado «biomédicos» para saber ocuparse de las necesidades de los enfermos y de ser demasiado «clínicos» para comprender la complejidad de las interacciones entre genes-cerebro-ambiente. Además, los psiquiatras no están formados en la gestión de los servicios donde progresivamente los expertos de sanidad pública, evaluación y epidemiología muestran mayor capacidad de comprender la complejidad bio-psico-social de las necesidades de los usuarios de la psiquiatría.

Muchos psiquiatras inteligentes y competentes han adquirido todos estos conocimientos con la experiencia y en muchos casos han aprendido a ser magníficos líderes pero no porque la escuela haya sido capaz de formarlos.

El psiquiatra Angelo Barbato en un breve e inteligentísimo artículo publicado por SouQuaderni el 2 de noviembre de 2010 ha captado perfectamente el estado de fragilidad epistemológica de

la psiquiatría: «...es bastante dudoso que los psiquiatras, sin una reflexión profunda sobre la situación actual de su disciplina y una reubicación decidida en el ámbito de la sanidad pública, puedan mantener durante mucho tiempo un liderazgo en los servicios de salud mental, a no ser de manera formal y burocrática».

Porque, en el fondo, qué es lo que caracteriza un área profesional como la psiquiátrica (y volvemos aquí, cuarenta años después, a la pregunta de Basaglia): un conjunto de competencias, una identidad dentro del área sanitaria y un poder institucional. Si las primeras se reducen y la segunda se debilita, queda solo el tercer ámbito. Llegados a este punto, resuenan las palabras de Antonin Artaud, internado varias veces en los manicomios franceses, que en su espléndida *Lettre aux médecins chefs des asiles des fous*, escrita en el lejano 1925, emplazaba a los alienistas a reconocer ante sus propios pacientes que “no tenían más superioridad que la fuerza”.

La OMS ha sido en muchas ocasiones más que explícita: la esencia de la asistencia psiquiátrica no es el hospital, porque las personas que sufren por una enfermedad mental no necesitan camas sino, más bien, una amplia selección de oportunidades terapéuticas, de vivienda, laborales, asistenciales que van mucho más allá de la simple asistencia médico-psiquiátrica ofrecida en un sistema médico. Si una situación particularmente aguda requiere un ingreso hospitalario, este deberá hacerse, en todo caso, en un hospital general

*“Lettre aux médecins chefs des asiles des fous”*

Antonin Artaud, *Carta a los poderes*, Buenos Aires, Insurrexit, 1974.

y no en un hospital «especial». En otras palabras, ya nadie cree que las camas psiquiátricas sean la respuesta al problema de la enfermedad mental. Ya nadie cree que el sufrimiento psiquiátrico se pueda afrontar solo con un modelo médico y farmacológico: apoyo psicológico, apoyo a la familia, apoyo social, inclusión social, vivienda, inclusión laboral ya no son opcionales sino componentes decisivos y fundamentales en una buena asistencia psiquiátrica. Por desgracia, tanto el debate teórico como la formación de los psiquiatras están todavía muy lejos de todo esto.

### 3. Has hablado de brechas en la asistencias ¿cuáles?

Cuando hablamos de brechas en el área de la salud mental nos referimos a diversos tipos de fenómenos, diversos entre ellos, pero todos muy importantes. La primera gran brecha es la que se produce entre el número de personas aquejadas de un problema de salud mental y el número de los que reciben algún tipo de intervención. Se calcula que el 14% de la carga global de morbilidad puede atribuirse a los trastornos neuropsiquiátricos y las tasas de los trastornos propiamente psiquiátricos en los adultos varían del 12 al 48%. En contraste con estos datos que calculan en más de 300 millones las personas con problemas de salud mental en el mundo, observamos que más del 30% de las personas con esquizofrenia no reciben ningún tipo de tratamiento y este número aumenta dramáticamente en el caso de la depresión (más del 55% sin tratamiento alguno) o de los desórdenes ligados al consumo de alcohol

(más del 75%). Obviamente tales datos son especialmente dramáticos en los países de renta baja, pero también en los de renta alta las tasas de personas enfermas que no reciben tratamiento son muy elevadas.

Las razones que explican esta dramática brecha son múltiples y, ciertamente, el estigma asociado a la enfermedad mental no es ajeno a la escasez de tratamientos. Sin embargo, no hay duda de que el motivo principal de esta brecha se encuentra en la falta de recursos humanos y económicos invertidos en la salud mental, por tanto una brecha entre recursos existentes y recursos necesarios: la media del número de psiquiatras por cada 100.000 habitantes varía de 0.004 en África a 9.8 en Europa; en el Sudeste asiático hay 0.20 psiquiatras por 100.000 habitantes y 0.32 en Extremo Oriente. Datos similares se encuentran cuando se observa el personal de enfermería: 0.2 enfermeras psiquiátricas por cada 100.000 en África, 0.5 en Extremo Oriente y 0.1 en el Sudeste asiático.

Este estado de cosas se explica con la brecha de los recursos financieros invertidos: en los países de renta baja, la parte del gasto sanitario empleada en salud mental asciende a 1.54%, mientras que en los países de renta alta esta parte asciende al 6.89%. Con todo, la media mundial es del 2% respecto al gasto en sanidad, ¡y recordemos que la aportación de las enfermedades neuropsiquiátricas a la carga global asciende al 14%!

Por tanto, numerosas brechas. No obstante, no debemos olvidar una paradoja

exclusiva del área de salud mental. Para otras patologías físicas (enfermedades infecciosas y enfermedades no transmisibles) existe también una brecha ligada a la falta de adecuados recursos económicos, humanos y estructurales, pero cada disminución porcentual de esa brecha se ve como un éxito, como un pequeño o gran paso adelante en el camino de la mejora de la salud de la población. La paradoja exclusiva de las enfermedades psiquiátricas es que en este terreno no siempre la disminución de la brecha significa automáticamente una «mejoría» y esto plantea un delicado y dramático problema ético y técnico. Si sujetos enfermos que necesitan tratamiento psiquiátrico y no lo reciben (los «no tratados» del GAP) son tratados en instituciones psiquiátricas decrepitas, miserables, violentas y que violan sistemáticamente los derechos humanos de los ingresados... ¿Debemos considerar que la disminución de la brecha significa automáticamente una mejora?

#### 4. ¿Cómo ves el futuro de la OMS?

Hoy existen ocho grandes agencias globales que se ocupan de la salud y se han organizado en un grupo de coordinación denominado H8, es decir, las ocho agencias responsables de la salud. Estas son: la OMS, la UNICEF, la ONUSIDA, el Fondo Global para SIDA, Malaria y TB, la Alianza Global para las Vacunas (GAVI), el Fondo de las Naciones Unidas para las Poblaciones (UNFPA), el Banco Mundial y la Fundación Bill y Melinda Gates.

El simple hecho de que no hace más

de veinte años existiese solamente una agencia global responsable de la salud, la OMS, nos dice cuánta influencia ha perdido la OMS y, por consiguiente, cuántos recursos económicos y técnicos. Muchos países invierten mucho más en el Fondo Global que en la OMS, la Fundación Gates tiene un balance comparable al de la OMS, el Banco Mundial envía expertos en salud que influyen en las políticas sanitarias de los gobiernos mucho más de lo que la OMS es capaz de influir.

Todo esto son señales claras del debilitamiento de la OMS.

Los motivos de este debilitamiento son múltiples y trataré de enumerar algunos:

a) La organización tripartita de la OMS: Sede central en Ginebra, oficinas regionales en seis regiones (África, América, Europa, Oriente Medio, Sudeste asiático, Extremo Oriente) y oficinas nacionales al menos en cien países representa un coste gigantesco y una burocratización inmensa que reduce enormemente el impacto de la acción de la OMS. Por otra parte, la politización exasperada de cada decisión (de hecho, no solo el director general en Ginebra es elegido por los estados miembros, sino que cada uno de los seis directores regionales debe preocuparse de su propio electorado, es decir, de los estados miembros de su propia región) vuelve las decisiones tortuosas, lentas y, a menudo, ineficaces. Los estados miembros son conscientes de todo esto y prefieren cada vez más invertir en agencias más eficaces y transparentes.

b) El lenguaje de mediación de la OMS y la costumbre de votar todo solo por unanimidad ha vuelto casi imposible para la OMS la formulación de recomendaciones fuertes y decididas. Cada afirmación es rehén de un posible voto contrario incluso por parte de un país microscópico (¡China y Andorra tienen un voto cada una!).

Esta disolución de los contenidos se ha puesto de manifiesto en los cautelosos lenguajes de las resoluciones sobre alcohol, nutrición y salud reproductiva, esto es, cuando hay un tema que implica intereses políticos o comerciales comienza la parálisis.

c) Los costes de reorganización (cada nueva administración ha reorganizado por completo la OMS) y los costes de la administración son escandalosamente más elevados que los costes para los programas técnicos. ¡Un solo funcionario se ocupa de diabetes para todo el planeta! En cambio, ¡centenares de funcionarios gestionan un ineficaz sistema administrativo!

d) La lentitud administrativa y la burocratización cultural disuaden a los expertos de alto nivel procedentes de los países ricos de acudir a trabajar en la OMS. Si en los años cincuenta la OMS contaba con dos premios Nobel entre su propio personal técnico, en la actualidad no son necesariamente los mejores los que acuden a trabajar en la OMS. Las preocupaciones de equilibrio geográfico y de género se aplican frecuentemente en detrimento de la calidad técnica.

El lenguaje de mediación de la OMS y la costumbre de votar todo solo por unanimidad ha vuelto casi imposible para la OMS la formulación de recomendaciones fuertes y decididas.

Creo que la OMS, pese a todos estos graves problemas, mantiene su prestigio moral (debido a su independencia técnica) y técnico (debido a la calidad media de sus documentos técnicos).

No obstante, la progresiva presencia y presión de la industria farmacéutica así como de donantes muy intrusivos en la gestión de los programas técnicos, pueden correr el riesgo de debilitar en el futuro la organización.

Sería necesaria una dirección técnica y política fuerte, independiente y carismática.

## 5. ¿Qué perspectivas ves para el futuro?

Brasil ha disminuido drásticamente el número de camas psiquiátricas y ha creado en los últimos diez años casi dos mil centros de salud mental territoriales.

Chile ha cambiado radicalmente el modelo de asistencia psiquiátrica: de las camas en los hospitales psiquiátricos a la asistencia en centros territoriales comunitarios o en hospital general.

Se han producido importantes reformas de la asistencia psiquiátrica en muchos países, regiones y ciudades del mundo: muchos estados de la India, algunas grandes provincias de la China, Sudáfrica, Ghana, Sri Lanka, Panamá, los territorios palestinos ocupados, por citar solo algunos.

Las reformas europeas emprendidas hace ya dos décadas están, en algunos casos, muy avanzadas: Asturias en

España, Escocia, Irlanda y muchas áreas de Londres no solo han superado los antiguos manicomios sino que invierten cada vez más en servicios territoriales y en soluciones residenciales de pequeñas dimensiones y no medicalizadas. Son modelos innovadores que nada tienen que ver con la transformación de la asistencia psiquiátrica centralizada en grandes hospitales en una constelación de pequeños manicomios dispersos: esta falsa solución que cambia todo sin cambiar nada constituye un peligroso atajo que no es, por supuesto, lo que recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La «revolución» italiana y excelentes modelos como el de Trieste han hecho escuela e indudablemente la OMS continúa mirando a Italia como a un modelo que, a pesar de las muchas críticas fundadas y también muchas veces infundadas, sigue siendo un modelo de referencia importantísimo.

Con todo, pueblos y países han sabido encontrar soluciones propias a partir de sus específicas condiciones sociales, culturales y económicas. La extrema pobreza de muchos países impone una inversión en la medicina primaria de base, ya que no existen especialistas, mientras en otros países se recurre a la medicina tradicional muy arraigada en la comunidad. Esta parece ser la lección más importante de tantos años de reformas de la asistencia psiquiátrica, los aspectos de libertad, de ciudadanía, los derechos y la inclusión social permanecen como elementos irrenunciables de toda asistencia psiquiátrica y son constantes que están por encima

de las diferencias geográficas, culturales, sociales, económicas y lingüísticas. La Convención de las Naciones Unidas sobre Derechos de las Personas con Discapacidad (también mental), aprobada recientemente, sanciona esta universalidad de los derechos.

El futuro de la salud mental será cada vez más importante en las manos de tantos y tan diversos actores sociales: los profesionales de la salud mental, las organizaciones comunitarias, las familias, los activistas de los derechos humanos, los jueces y, evidentemente, los usuarios que, en mi opinión, conquistarán más poder y equilibrarán siglos de opresión y de silencio. Soy optimista.

Traducción Pilar González Rodríguez