

# La Cooperación Internacional en el campo de la Salud Mental

Una reflexión posible sobre las estrategias de cooperación internacional podría tener como punto de partida la simple constatación de que una estrategia de cooperación debe considerar no sólo las condiciones de transferencia sino también aquellas de recepción, que son frecuentemente olvidadas. Teniendo en cuenta esta constatación podemos evidenciar dos modelos divergentes de cooperación en el campo de la salud mental: el modelo Norte y el modelo Sur. En el primer caso, cuando el Norte produce "cultura psiquiátrica basada sobre un paradigma exclusivamente médico" (con las consecuentes configuraciones que asumen los servicios nacidos a partir de esta lógica), da lugar de hecho a una "cultura psiquiátrica subdesarrollada". Es decir, produce instituciones psiquiátricas cerradas: el manicomio es una de éstas, la más evidente. En otras palabras una psiquiatría incapaz de enfrentarse con la complejidad de la demanda que queda tras la clínica puede generar respuestas parciales y, al cabo, "no-respuestas".

En el segundo modelo, el Sur frecuentemente produce o aspira a reproducir la cultura "subdesarrollada" del Norte, fabricando sus propias instituciones «cerradas». Se crean así las condiciones para la transferencia/recepción de las experiencias más atrasadas e institucionales de la Psiquiatría (y de las academias culturales que las sostienen). Podemos definir a este modelo, como el modelo de la cooperación colonial o mejor, de la complicidad colonial.

Ahora bien, en el segundo modelo también podemos observar que, cuando el Norte produce una cultura inspirada en un modelo de "Salud Pública" logra generar culturas de desinstitucionalización, de redes sociales integradas, de desarrollo humano. Culturas en las que nacen los Servicios de Salud Mental "innovadores" (experimentales, en continua resonancia con el entorno, en continuo equilibrio entre la capacidad de asistir y la capacidad de inventar respuestas articuladas a la complejidad). Solamente de estos servicios puede emerger una respuesta técnica a la complejidad social de la salud mental, superando la pobreza del abordaje exclusivamente psiquiátrico.

Por otra parte, si el Sur, a su vez, en vez de mimetizar culturas psiquiátricas subdesarrolladas, produce culturas de "Salud Pública", estará logrando así mismo producir "servicios innovadores".

Es el encuentro de estas dos formas diferentes de "servicios innovadores" (o, quizá más apropiadamente, de estas dos voluntades de cambio), lo que genera las condiciones de transferencia/recepción de culturas y experiencias críticas; y, consecuentemente, las condiciones para realizar un modelo real de cooperación para el desarrollo.

Sin embargo, la palabra "innovador", dice poco por sí misma, hay que dotarla de contenido. Entre otras cosas, deberemos señalar cuáles son las aportaciones de cada uno de los modelos. Esquemáticamente las tablas (I y II) ilustran aquello que el Norte puede enseñar al Sur y viceversa. Hay que subrayar que los conceptos de Sur y Norte una vez que se identifique el Sur con el sub-

desarrollo y el Norte con el desarrollo, tienen que ser utilizados de manera meta-geográfica. En otras palabras, en el Norte geográfico se pueden encontrar muchos servicios de salud mental “sureños” y en el Sur geográfico se encontrarán muchos servicios “norteños”. Se puede afirmar que los conceptos de Norte y Sur, cuando son aplicados a la Salud Mental y a los Servicios que se ocupan de enfermedades mentales, son en realidad conceptos que se refieren más a una manera subdesarrollada o desarrollada de enfrentar el problema, más que una cuestión de latitud.

---

**Tabla I**  
**Desde el norte al sur**

---

- *Elementos del sistema de asistencia psiquiátrica más integrados (tercer nivel-segundo nivel-primer nivel)*
- *Mayor preocupación por los derechos de los pacientes*
- *Crítica a los hospitales psiquiátricos y procesos de superación de los mismos*
- *Abordaje epidemiológico*
- *Cultura de evaluación de calidad*

---

**Tabla II**  
**Desde el sur al norte**

---

- *Promoción, prevención y tratamiento “in continuum”*
- *Estrategias orientadas a los problemas vs. estrategias orientadas a los diagnósticos*
- *Estrategia de Atención Primaria*
- *Participación de las familias (vs. terapias familiares)*
- *Participación de la comunidad*
- *Política de los fármacos esenciales (vs.utilización de fármacos “market oriented”)*

La vigilancia sistemática de los acontecimientos patógenos en una población es un concepto y al mismo tiempo una técnica de la epidemiología; pero ¿cuáles son estos acontecimientos?.

Acontecimientos o factores adversos que no necesariamente tienen que ser factores directamente sanitarios: la violación sistemática de los derechos de los pueblos a la propia autodeterminación, las condiciones de pobreza extrema, la condición de la mujer, los conflictos étnicos, el maltrato infantil, son factores que forman parte de la epidemiología de los riesgos. No es posible mantener separados los contextos: aquel de la Epidemiología de las prevalencias e incidencias, de aquel de los indicadores de Salud y Enfermedad.

La seguridad física de los individuos, la libertad de trasladarse en los territorios, los genocidios, los desaparecidos, los exilados, los torturados, los refugiados, los movilizados por la fuerza: éstas son las variables de una epidemiología "real".

La vida/salud de un pueblo son solamente materiales para los especialistas (médicos, economistas, sociólogos), o derechos y esperanzas con las cuales una visión "científica" debe entrar en discusión, formar parte.

Solamente teniendo en consideración la complejidad de los factores adversos y positivos de la salud de las poblaciones, es posible que el Norte y el Sur se encuentren, que el Norte se vuelva consciente del hecho de que son sus propios medios de atención psiquiátrica los que están frecuentemente subdesarrollados (a pesar del desarrollo económico, de la riqueza y del nivel de renta de sus países). Como también se tiene que saber que muchas veces es el Sur, desde el subdesarrollo, quien es capaz de inventar soluciones y respuestas "desarrolladas, evolucionadas" desde su carestía de medios.

Para navegar en esta complejidad, son útiles ideas fuertes y originales pero también son necesarios hombres y mujeres dotados de motivación y de carisma.

En muchos casos la cooperación técnica ha funcionado gracias a la presencia de grupos locales (entre los profesionales y los administradores) y de asesores internacionales motivados al cambio, ambos capaces de generar un proceso continuo *top/down* y *bottom/up*: un ministro que quiera el cambio no cambiará nada si no hay profesionales que quieran cambiar (y sepan cómo hacerlo) y tampoco los profesionales que quieran la reforma asistencial cambiarán nada si el ministro no quiere.

Dr. Benedetto Saraceno