La Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 Años después de la Declaración de Caracas

Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente

Rodríguez, Jorge J. – ed.
La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas.
Washington, D.C: OPS, © 2007.

ISBN 978 92 75 32829 3

I. Título II. González, René – ed. III. CD-ROM

1. SERVICIOS DE SALUD MENTAL
2. REFORMA EN ATENCIÓN DE LA SALUD
3. PSIQUIATRÍA COMUNITARIA
4. ENFERMOS MENTALES

NLM WM 105

Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), 2007

Una publicación de la Unidad de Salud Mental, Abuso de Sustancias y Rehabilitación de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.

Las opiniones expresadas, recomendaciones formuladas y denominaciones empleadas por los autores en esta publicación no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) dará consideración favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, total o parcialmente, esta publicación, siempre que no sea con fines de lucro. Las solicitudes pueden dirigirse a la Unidad de Salud Mental, Abuso de Sustancias y Rehabilitación de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 525 Twenty-third Street, N.W., Washington, D.C. 20037, EE. UU.

La Conferencia titulada “La Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 Años después de la Declaración de Caracas” se desarrolló con el apoyo y colaboración del Ministerio de Salud de Brasil.

ÍNDICE

Presentación

1. Marco General **Página**

1.1 La iniciativa para la reestructuración de la atención psiquiátrica en las Américas: implicaciones para el mundo.
Benedetto Saraceno **.....6**

1.2 Logros y obstáculos en el desarrollo de políticas y servicios de salud mental en los países de América Latina y el Caribe después de la Declaración de Caracas.
José Miguel Caldas de Almeida **.....21**

1.3 Las raíces de la Declaración de Caracas.
Itzhak Levav y *René González* **.....44**

1.4 A quince años de la Declaración de Caracas: nuevos conocimientos e innovación de los servicios de salud mental.
Giovanni De Plato **.....50**

2. La Reforma Psiquiátrica en América Latina y el Caribe

2.1 ¿Qué hacer con los hospitales psiquiátricos?
Roberto Tykanori Kinoshita **.....62**

2.2 Estrategia de reorientación de servicios en las reformas de salud mental en la Región de las Américas.
Alberto Minoletti y *Ana María Calderón* **.....68**

2.3 Red de servicios en la comunidad.
Hugo Cohen **.....90**

2.4 Salud mental y atención primaria en América Latina: avances y obstáculos durante los últimos 15 años.
Guillermo Barrientos **.....108**

2.5 Cumplir con la Declaración de Caracas… asegurar la implementación de los planes nacionales de salud mental.
Alberto Minoletti **.....121**

3. Derechos Humanos y Salud Mental

3.1 La Declaración de Caracas: un instrumento esencial para la promoción y protección de los derechos humanos de las personas con discapacidades mentales.
Javier Vásquez **.....141**

3.2 Salud mental y derechos humanos.
Jorge Chuaqui **.....153**

4. Temas Específicos

4.1 Desastres y salud mental: la experiencia de Latinoamérica y el Caribe.
Jorge Rodríguez y *José Miguel Caldas de Almeida* **160**

4.2 Hacia la reforma de los servicios de salud mental de la infancia y adolescencia.
Cristóbal Martínez **180**

4.3 Los servicios de salud mental frente al problema de la violencia.
Jorge Rodríguez y *Silvia Narváez* **193**

4.4 Salud mental y poblaciones vulnerables: recuperar la esperanza.
Jorge Rodríguez **209**

4.5 Alcohol y otras drogas: viejos y nuevos desafíos en salud mental.
Maristela Monteiro **223**

4.6 Investigaciones en salud mental en América Latina: avances y desafíos.
Ricardo Zorzetto, *Denise Razzouk*, *Maria Thereza Bonilha*, *Jerónimo Gerolin* y *Jair de Jesús Mari* **233**

4.7 La capacitación de recursos humanos en salud para alcanzar las metas de la Declaración de Caracas.
Stan Kutcher y *Sonia Chehil* **247**

5. La Reforma Psiquiátrica en Brasil

5.1 La Declaración de Caracas y la reforma de la asistencia psiquiátrica en Brasil.
Domingos Sávio do Nascimento Alves **260**

5.2 Psiquiatría en el hospital general.
Neury José Botega y *Cristina Larrobla* **273**

5.3 La Declaración de Caracas y la reforma de la asistencia psiquiátrica en Brasil: nuevas alianzas.
Miguel R. Jorge y *Marcos P. T. Ferraz* **287**

5.4 Salud mental y economía solidaria: inclusión social por el trabajo.
Jorge Pacheco **291**

5.5 Reforma psiquiátrica y política de salud mental en Brasil.
Pedro Gabriel Delgado **295**

Principios de Brasilia

PRESENTACIÓN

La "Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de Caracas", fue celebrada en Brasilia, del 7 al 9 de noviembre del 2005, bajo el patrocinio conjunto de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Ministerio de Salud de la República Federativa de Brasil. El encuentro contó con una amplia participación; estuvieron presentes funcionarios gubernamentales del sector salud, profesionales de las ciencias de la conducta, representantes de organizaciones de la sociedad civil y portavoces de usuarios y familiares de la Región de las Américas, así como expertos de diversos organismos.

El objetivo fundamental de este evento fue evaluar los avances logrados en el campo de la salud mental en la Región desde 1990. Como producto final, se elaboró el documento "Principios Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas".

Es indudable que la Conferencia y Declaración de Caracas expresaron a su debido tiempo la preocupación por el estado crítico en que se encontraban los servicios de salud mental de nuestros países, que requería un cambio radical en el modelo asistencial, basado en el hospital psiquiátrico y su reemplazo por alternativas comunitarias de atención centradas en la Atención Primaria.

La Declaración de Caracas tuvo no solo un valor simbólico, sino que marcó un hito en el desarrollo de los sistemas de salud mental en el continente. Las Resoluciones sobre salud mental promulgadas por los Consejos Directivos de la OPS/OMS con posterioridad a la Declaración (1997 y 2001) constituyeron importantes apoyos que vinieron a ratificar la voluntad de los Gobiernos de continuar en el camino de la reestructuración de los servicios de salud mental.

Recientemente, los Estados Miembros de la OPS/OMS adoptaron en septiembre del 2005 la Declaración de Montevideo, contentiva de nuevas líneas estratégicas sobre la Atención Primaria de Salud, tales como el desarrollo de sistemas sanitarios basados en la inclusión social, la equidad, la promoción de la salud y la calidad de la atención. La repercusión que pueden tener esas normas sobre los servicios de salud mental es evidente. En el plano global, la OMS ha formulado principios rectores específicos que orientan la reforma de la atención de salud mental, los cuales fueron ampliamente discutidos en el Informe Mundial de Salud Mental del 2001.

Cabe destacar especialmente los nuevos desafíos a los que se hace mención en la Declaración Final de la Conferencia de Brasilia. Si bien los problemas analizados en el encuentro son de larga data, es cierto que se han hecho más evidentes en los últimos quince años. Asimismo, no todos fueron abordados con igual preeminencia en la reforma de los servicios emprendida desde la perspectiva de la Declaración de Caracas.

Entre las nuevas estrategias propuestas, se pueden mencionar las dirigidas a la protección de poblaciones en vulnerabilidad psicosocial, tales como las comunidades

indígenas y las víctimas de desastres. Otros enfoques considerados se refieren a la prevención y tratamiento de los problemas psicosociales asociados con la niñez y adolescencia, la conducta suicida, el abuso de alcohol y drogas y las diferentes modalidades de violencia. Todos estos problemas, cuya significación es cada vez más creciente, requieren una respuesta efectiva de los servicios de salud mental.

Una conclusión importante a la que se llegó en la conferencia de Brasilia es que de las experiencias vividas a lo largo de estos años se derivan importantes lecciones cuya aplicación en el futuro puede ser crucial para la culminación del proceso de reforma. Es necesario documentar y diseminar estas experiencias de atención en salud mental, acción que se verá favorecida por la promoción de programas de cooperación entre países.

En esta obra se ha tratado de recopilar la mayoría de los documentos y las presentaciones que se discutieron en la conferencia de Brasilia. En ella se refleja el esfuerzo de los autores, se presenta una sinopsis de la producción teórica sobre el tema y además se citan algunas experiencias de la región en el campo de los servicios y la investigación en salud mental.

La OPS/OMS se complace en contribuir en este empeño y poner a disposición de los lectores esta excelente recopilación de artículos científicos, la mayoría con enfoques muy prácticos. Esperamos que el fruto de este esfuerzo no llegue a ser sólo un acicate para la reflexión, sino que se constituya en una herramienta de utilidad inmediata para el trabajo cotidiano de dirigentes y trabajadores de la salud mental en el continente.

Dr. José Luís Di Fabio
Gerente Área de Tecnología y Servicios de Salud
OPS/OMS

LA INICIATIVA PARA LA REESTRUCTURACIÓN DE LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA EN LAS AMÉRICAS: IMPLICACIONES PARA EL MUNDO

Benedetto Saraceno*

Iniciaré esta presentación con una breve referencia personal que quizás contribuya a proveer un marco lógico a mi discurso. Participé en la concepción y organización de la Conferencia de Caracas en mi capacidad de consultor de la OPS y me desempeñé tanto en la organización como en el encuentro propiamente dicho. Estaba animado por el espíritu militante de la reforma psiquiátrica italiana encabezada por Franco Basaglia y respaldado por mi condición de epidemiólogo del Instituto Mario Negri de Milán. Es justo señalar que el citado Instituto no sólo contribuyó financieramente para la realización del evento sino que prestó su valioso apoyo técnico, tanto en las etapas organizativas como en el seguimiento del encuentro.

En Caracas se puso de manifiesto que no había un modelo único de reforma, exclusivo de un solo país, sino que en el mundo estaban ocurriendo otras experiencias dignas de mención. Se pudo constatar que, al lado de las personas que merecían el calificativo de reformadores auténticos, estaban otras que se oponían a las reformas, siendo propicio mencionar que dentro del primer grupo se distinguían algunas con capacidad de liderazgo, capaces de convencer a los demás. Entre estas personas sobresale en mi memoria la figura de David Capistrano Filho.

Las experiencias vividas han demostrado que el cambio que requiere la reforma se produce no sólo de arriba hacia abajo, sino también de abajo hacia arriba y la situación es óptima cuando los movimientos son simultáneos y se fortalecen mutuamente. Llegué así a la conclusión de que si el norte del mundo le podía enseñar al sur, también el sur podía enseñarle al norte. Además del movimiento norte-sur y sur-norte, había otro flujo que he decidido llamar, este-oeste y oeste-este. Esta última dinámica obedece a la existencia de dos tipos de estudiosos: los que describen al mundo con un criterio estrictamente epidemiológico pero les falta la fuerza de las narraciones y vivencias que acompañan a los hechos observados, y los que tienen una gran capacidad descriptiva, pero les falta la fuerza de la epidemiología. Estas ideas se cristalizaron en mi mente en Caracas en 1990 sin sospechar que diez años después tendría la oportunidad de utilizarlas al liderar el Programa Global de Salud Mental de la OMS.

Ahora, a la luz de lo aprendido en 1990 y de la experiencia obtenida durante los años subsiguientes, trataré de presentar un panorama general que nos ayude a definir dónde estamos y cuán grandes son los desafíos globales que se presentan en el campo de

* Director del Departamento de Salud Mental y Abuso de Substancias
Organización Mundial de la Salud, Ginebra

la salud mental. Con este fin, nada es más persuasivo que apelar a algunas simples estadísticas, que seguramente son del conocimiento de muchos, para demostrar que los desafíos continúan siendo muy grandes:

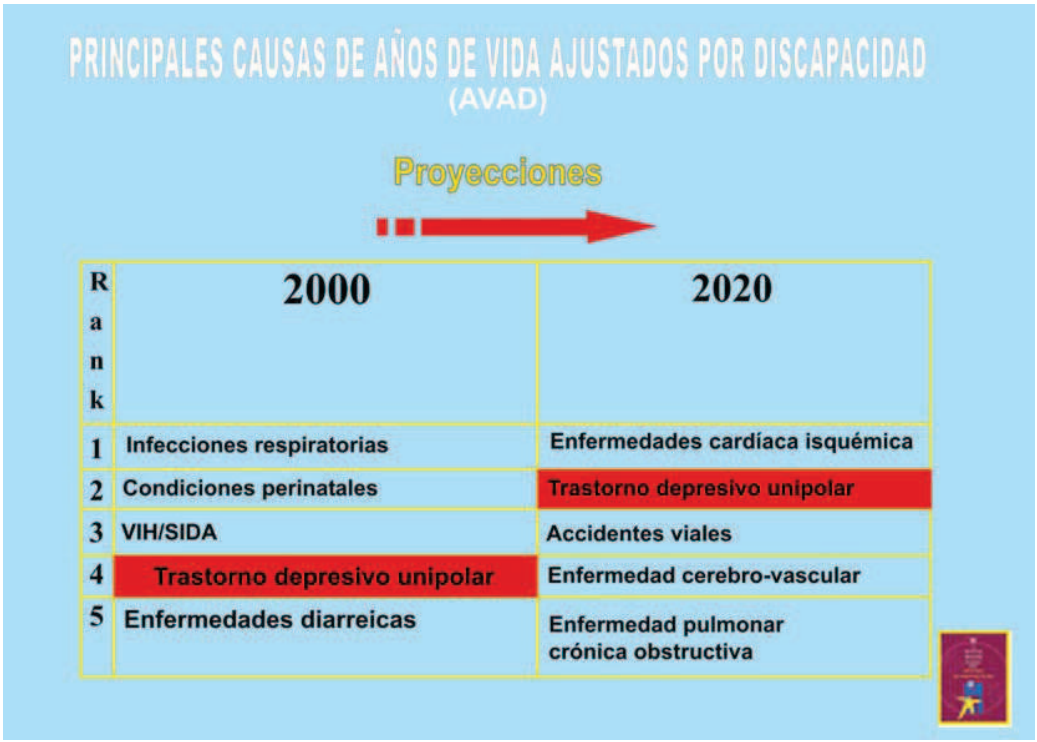
1. En primer lugar, cabe señalar que la carga de los trastornos mentales en el mundo es alta (1) como lo presenta en forma gráfica la figura 1.

Figura N° 1. Los trastornos mentales como parte de la carga global de enfermedades

Fuente: OMS, Informe de la Salud Mental en el Mundo, 2002

2. La carga relativa de las enfermedades mentales es creciente según lo ilustra la figura 2, donde se puede ver que el peso relativo de la depresión unipolar asciende progresivamente en la cuantía de la carga psiquiátrica (1).

Figura N° 2. Principales causas de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) en el mundo en el año 2000 y proyecciones para el 2020

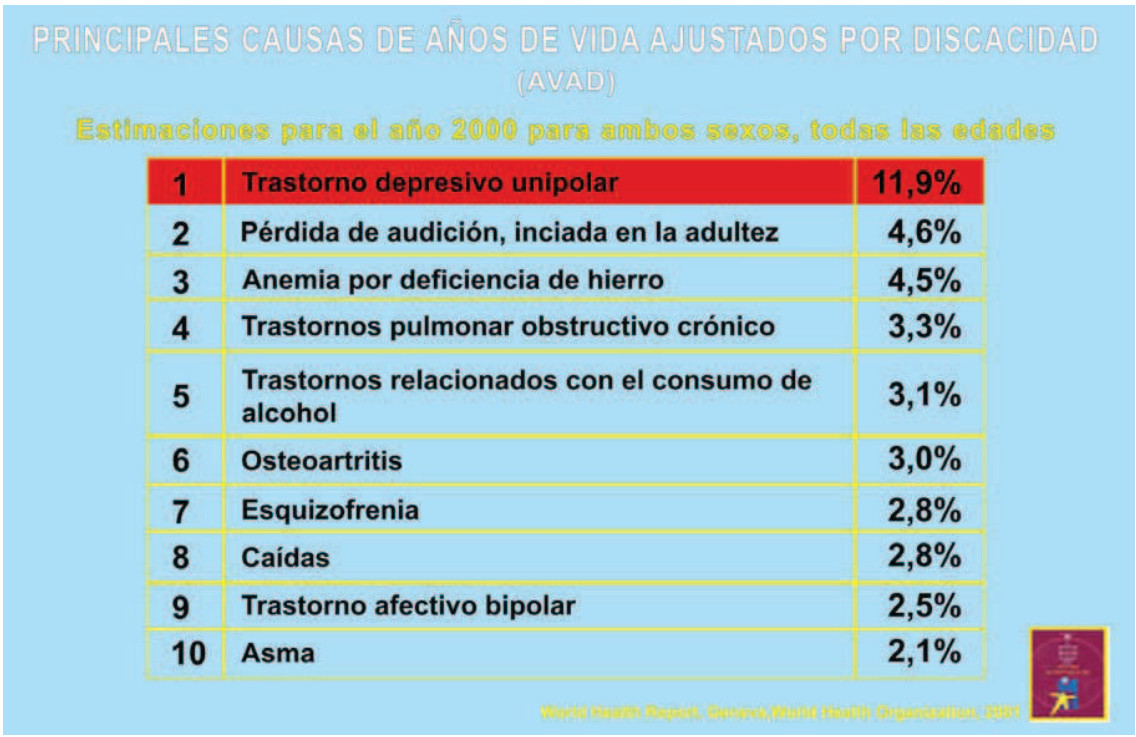


Rank	2000	2020
1	Infecciones respiratorias	Enfermedades cardíaca isquémica
2	Condiciones perinatales	Trastorno depresivo unipolar
3	VIH/SIDA	Accidentes viales
4	Trastorno depresivo unipolar	Enfermedad cerebro-vascular
5	Enfermedades diarreicas	Enfermedad pulmonar crónica obstructiva

Fuente: OMS. Informe de la Salud Mental en el Mundo, 2001

3. La importancia de la carga no solo estriba en la depresión unipolar, sino que se extiende a otros trastornos: En efecto, 4 de los 10 trastornos que generan más años de vida vividos con discapacidad están bajo la responsabilidad directa del campo de la Salud Mental. Véase el cuadro 1.

Cuadro N° 1. Diez principales causas de años de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) en el mundo. Estimaciones porcentuales para el año 2000, ambos sexos, todas las edades



Fuente: Informe Anual de Salud, Organización Mundial de la Salud, 2001

4. Si las estadísticas precedentes no inquietaran, por ser muy conocidas, las cifras presentadas a continuación (cuadro 2) son de por sí elocuentes: 450 millones de personas en el mundo están afectadas por trastornos mentales. Esto equivale a la suma de las poblaciones de Argentina, Brasil, Chile, México, Ecuador, América Central, el Caribe de habla inglesa. ¡Y la lista no concluye aún! Por otra parte, casi un millón de personas se suicida cada año. Véase el cuadro 3.

Cuadro N° 2 PERSONAS AFECTADAS EN EL MUNDO POR TRASTORNOS MENTALES

450 millones de personas son afectadas en el mundo por trastornos mentales, de las cuales:

- 150 millones padecen depresión
- 25 millones están afectadas por esquizofrenia
- 38 millones sufren de epilepsia
- 90 millones tienen trastornos relacionados con el consumo de alcohol o de drogas
- cerca de 1 millón se suicida cada año

Fuente: Informe Anual de Salud, Organización Mundial de la Salud, 2001

CUADRO N° 3

Suicidios consumados en el mundo en el año 2001 y porcentajes de la carga en AVADs

Región	Número de muertes	AVADs (%)
África	28.000	0,2
América	65.000	1,1
E Mediter.	35.000	0,7
Europa	168.000	2,3
SE Asia	234.000	1,6
O Pacífico	318.000	2,5
Mundo	849.000	1,4

Fuente: Informe Anual de Salud, Organización Mundial de la Salud, 2001

5. América Latina y el Caribe no escapan a esta pandemia mundial. El cuadro 4 presenta estimaciones sobre enfermedades mentales en la sub-región mencionada.

Cuadro N° 4

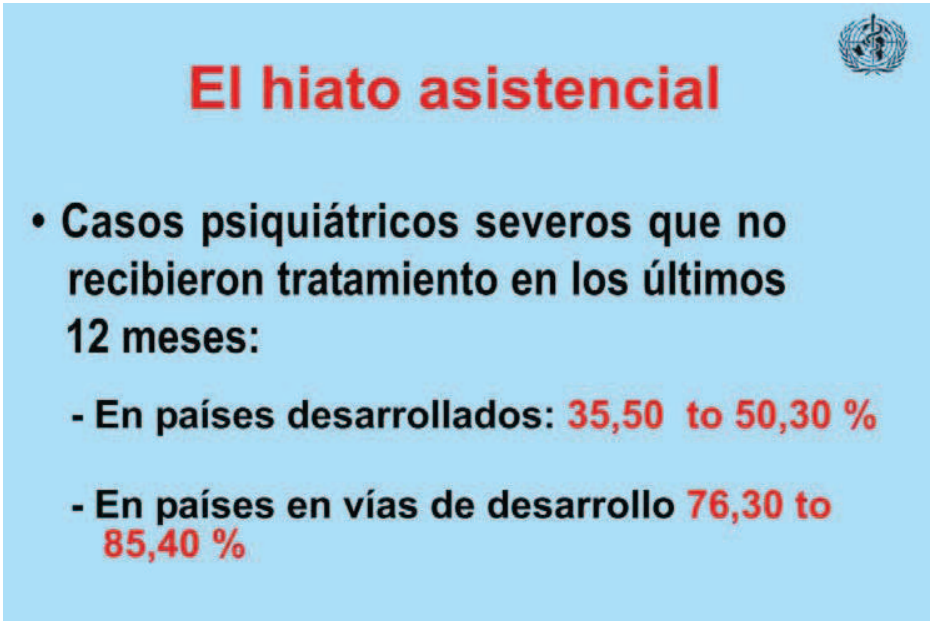
Número de adultos (en millones) en América Latina y el Caribe que padece enfermedades mentales

- **Depresión Mayor: 31,10**
- **Alcoholismo: 31,10**
- **Distimia: 11,80**
- **Ansiedad Generalizada: 8,80**
- **Trastorno Obsesivo Compulsivo: 6,10**
- **Trastorno de Angustia: 5,40**
- **Psicosis no afectivas: 5,40**
- **Abuso de Drogas: 5,10**
- **Trastorno Bipolar: 4,70**

6. Se podría señalar que gracias a los hallazgos de la investigación contamos hoy día con las tecnologías necesarias para hacer frente a una pandemia de magnitud tan severa como la descrita. Ciertamente se dispone de tecnologías efectivas (aunque no con tanta efectividad como la asignada por la opinión optimista de la industria farmacéutica). Pero, en todo caso, tales tecnologías no llegan a las personas necesitadas que, privadas de este beneficio, son víctimas de la enfermedad mental no tratada, su discapacidad no tiene alivio, su expectativa de vida se acorta, sus familias y las comunidades donde viven ven sus vidas alteradas, al tiempo que el círculo de enfermedad y pobreza se perpetúa indefectiblemente.

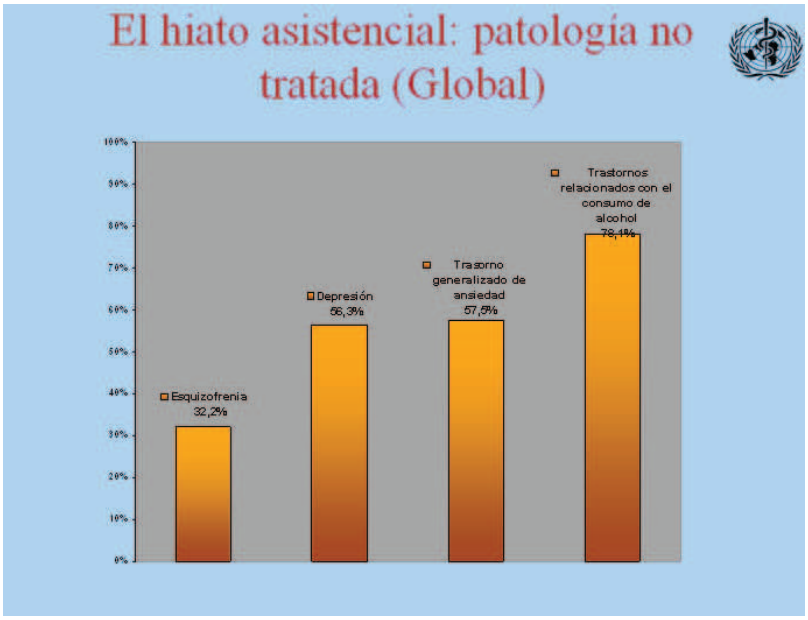
7. Existe una brecha evidente en la atención (3, 4). Véase el cuadro 5 y la figura 3. Numerosos estudios epidemiológicos en diferentes partes del mundo, entre ellas en América Latina y el Caribe (5) han revelado la prevalencia verdadera de los más importantes trastornos mentales y la tasa de prevalencia tratada. Véase el cuadro 6.

Cuadro N° 5



Fuente: OMS (4), Consorcio Mundial de Salud Mental, JAMA

Figura N° 3



Fuente: Kohn, Saxena, Caldas, Levav, Sarraceno y col. (5)

Cuadro N° 6

EL HIATO ASISTENCIAL EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

- **Psicosis no afectivas: 58% de las personas afectadas no están tratadas**
- **Alcoholismo: 53,3% de las personas afectadas no están tratadas**
- **Trastorno Bipolar: 46% sin tratamiento**
- **Trastornos de ansiedad: 41,1% de las personas afectadas no están tratadas**

Fuente: Kohn, Levav, Caldas y col. (5)

Resulta imposible quedar indiferente ante el hecho que en ausencia de asistencia por el sistema de servicios de salud, la mayor parte de la carga psiquiátrica recae sobre los usuarios, las familias y algunos agentes comunitarios ajenos al sector salud. Es un hecho patente que la participación del sector salud en la provisión de servicios adecuados en salud mental es aún minoritaria. Si a esta situación se agrega que de los pocos que tienen acceso al tratamiento muchos reciben asistencia de mala calidad y que con frecuencia sus derechos humanos y ciudadanos son violados y son víctimas de la discriminación que rodea la enfermedad mental, completaríamos un panorama abrumador.

Cabe señalar que este panorama no se presenta por igual en los diferentes estamentos de la sociedad (6). En efecto, los estudios epidemiológicos han mostrado una y otra vez que cuanto más bajo es el estrato social más alto es el riesgo de enfermedad y menores son las posibilidades de recibir atención adecuada. Por otra parte, al igual que en el caso de las enfermedades somáticas, no todos los grupos sociales están en igualdad de riesgo, siendo las poblaciones de los estratos socio-económicos más débiles las más vulnerables. Es digno de mención que en el curso del tiempo la enfermedad suele generar un descenso en el nivel social. En pocas palabras, el nivel socio-económico precario genera enfermedad y como resultado de la enfermedad se agrava la precariedad.

El panorama descrito coloca a toda la ciudadanía ante un dilema insoslayable: o diseñamos respuestas viables y efectivas ante esta deplorable situación o nos convertimos en responsables pasivos de un desequilibrio social injusto.

Es en el último decenio del siglo pasado cuando entra en el escenario de la Región de las Américas y del mundo un movimiento extraordinario y un manifiesto singular que llaman a la toma de conciencia sobre los problemas citados y establecen las bases conceptuales para su solución: la Iniciativa para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica y la Declaración de Caracas que la guía (7). La trascendencia de esta iniciativa reside en que pone de relieve los aspectos cruciales del panorama descrito con anterioridad, señala sus principales causas y constituye la base para un programa de acción. No sólo tuvo su origen en la ideología y práctica de la salud mental comunitaria sino que replanteó científicamente, la forma de concebir la respuesta a un sinnúmero de necesidades desatendidas.

La iniciativa fue, y sigue siendo, una respuesta compleja. Una estrategia crucial para asegurar su efectividad es el enjuiciamiento de la modalidad asistencial predominante, en algunos lugares la única ofrecida por los servicios de salud. Tal sistema asistencial pretendía, y aún pretende en determinadas instancias, dar respuesta a esa realidad compleja y de magnitud abrumadora de la que se da cuenta en párrafos anteriores.

En 1990, tuve la oportunidad de señalar los cuatro principales argumentos que respaldan el enjuiciamiento de la asistencia del hospital psiquiátrico:

- El ético-jurídico: la violación de los derechos humanos es el mayor cargo que entonces se hiciera, y aún se hace, al hospital psiquiátrico.
- El clínico: en cuanto la atención prestada llega a generar la cronificación de un desorden, a pesar de que se administren medicamentos psicotrópicos, ya sean los antiguos o los de la nueva generación.
- El institucional: en cuanto que en esas instituciones se establecen relaciones de sumisión y violencia física y afectiva, todas inmersas en un círculo vicioso donde quien está obligado a sufrir hace, a su vez sufrir, al más débil.
- El económico: o sea el bajísimo costo-efectividad del hospital psiquiátrico que gasta mucho, trata inefectivamente y no atiende a la mayoría de la población que necesita de la atención de salud mental.

Esta crítica se acompañó, en la Declaración de Caracas, de propuestas alternativas que tienen el potencial de ofrecer una respuesta mejor a nuestro ya mencionado cúmulo de necesidades.

La critica y las propuestas son de validez prácticamente universal. Las críticas pueden ser ilustradas con la información que se ha hecho del dominio público: muchos diarios influyentes en el mundo han informado sobre violaciones de los derechos humanos en servicios asistenciales y en familias en países de Europa, Asia Menor y Asia.

Probablemente no hay continente donde esos atropellos no persistan. Estas son violaciones intolerables cuya corrección es responsabilidad del sector salud. Por eso es motivo de regocijo constatar que en muchos países de las Américas ya se cuenta con los resortes institucionales que permiten salvaguardar los derechos de los pacientes, desenmascarar las violaciones y promover un cambio.

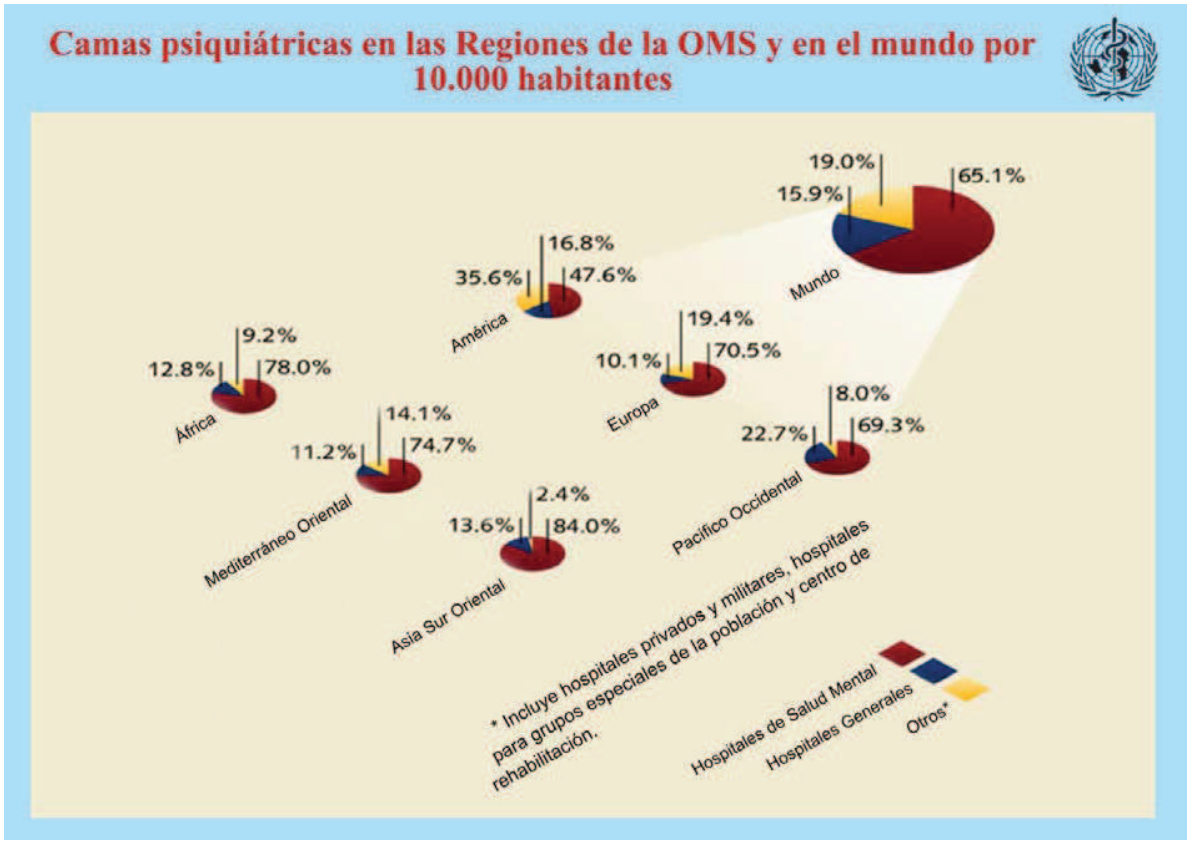
Las propuestas de Caracas se han extendido universalmente y se han incorporado y enriquecido dentro del marco de las "Diez Recomendaciones del Informe Mundial de la Salud de 2001". Véase la figura 4.

Figura N° 4

Fuente OMS: Informe mundial de la salud 2001.

Las recomendaciones precedentes cuentan con el aval de más de cien expertos, de reconocida capacidad científica. Su lectura nos lleva a preguntarnos cómo podríamos cumplirlas, teniendo en cuenta que la hegemonía cultural, organizativa y presupuestaria del hospital psiquiátrico sigue vigente (figura 5).

Figura N° 5



Fuente: OMS, Atlas de Salud Mental, 2001

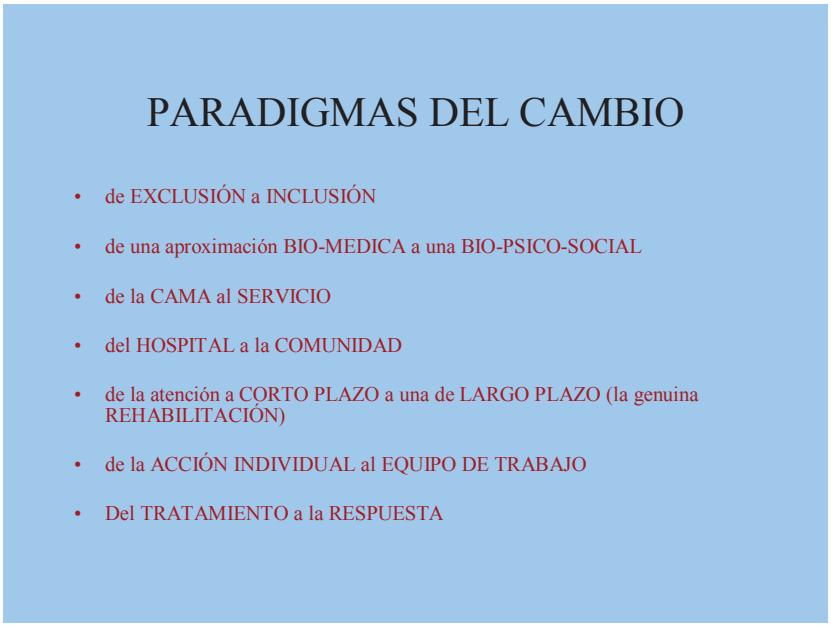
La OMS ha decidido apoyar a los países para enfrentar las múltiples brechas ilustradas en la figura N° 6.

Figura N° 6

El encuentro de Caracas fue, cabe admitirlo, el producto de una iniciativa promovida por OPS, pero hubiera tenido una vida efímera de no haber estado respaldada por experiencias de campo de relevancia singular, como las de Santos en Brasil, Río Negro en Argentina, Santa Eduviges en Honduras, Hospital Obrero de Lima, Centro de Día de la Ciudad de México y muchas otras, citadas en el libro que resume las presentaciones de ese encuentro. Ésta fue la bondad de la Conferencia de Caracas, que aún persiste como modelo válido y le confiere a esta gesta la validez y vitalidad que la adornan.

La OMS promueve ese modelo en una escala mundial. Basándose en los principios y estrategias delineados en Caracas y en otras experiencias, la OMS está promoviendo un cambio en los paradigmas (figura 7). Esta mutación permite ofrecer respuestas más apropiadas y permite también que la salud mental se inscriba definitivamente en el movimiento de la salud pública. Esta inscripción abre las puertas necesarias para salvar el obstáculo representado por la otra enorme brecha, aún no superada por los profesionales de la salud mental. Me refiero a la patente falta de prevención, nivel de acción postergado en cuanto la atención de la salud mental se apoya fundamentalmente en las acciones asistenciales, aún restringidas en una alta proporción a la modalidad manicomial.

Figura 7



El haber llegado al décimo quinto aniversario de la Conferencia de Caracas es motivo de gran satisfacción. Aparte de sentirnos orgullosos por haber seguido el camino trazado, nos complace reafirmar que en todo momento fuimos autocríticos. Tal posición de autovigilancia y análisis debe mantenerse en tanto tengamos que hacer frente a los desafíos que aún nos esperan, particularmente los representados por la enorme brecha todavía existente entre la carga de la enfermedad mental y los presupuestos que los gobiernos asignan a Salud Mental. La situación es más que insatisfactoria debido a que muchos de los países de esta región no gozan de altos ingresos. Pero aun así debemos ser sinceros y reconocer que se ha actuado con timidez al procurar la asignación de los recursos que legítimamente corresponden a la salud mental mediante presupuestos conmensurables con las necesidades.

La experiencia de la conferencia de Caracas nos ha brindado un discurso que señala una novedosa línea de acción. Es precisamente gracias a ella que los profesionales de la salud mental pueden dirigirse a los gobiernos y pedirles que inviertan en salud mental. A fin de tener el crédito que nuestras organizaciones esperan necesitamos proseguir con el ideario de Caracas, fortaleciendo y renovando su ideología movilizadora y enriqueciéndolo con las herramientas científicas aportadas por los progresos en la investigación.

La OMS no cesará sus esfuerzos para apoyar las acciones encaminadas a llevar a la práctica los cambios concertados en Caracas y para promoverlos, particularmente en aquellos países que aún no estuviesen listos para hacerlo. Este es nuestro compromiso, vigente en las Américas desde hace años.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial de la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001.
2. World Health Organization. Mental Health Atlas. Geneva: WHO; 2005.
3. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The Treatment Gap in Mental Health Care. Bull. World Health Organization; 2004 Nov; 82 (11): 858-66.
4. Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*; 2004 Jun 2;291(21):2581-90.
5. Kohn R., Levav I., Caldas J.M., Vicente B., Andrade LHG., Caraveo Anduaga J, Saxena S., Saraceno B. Mental Disorders in Latin America and the Caribbean: A Public Health Priority. Pan American Journal of Public Health.
6. Saraceno B., Barbui C. Poverty and Mental Illness. Canadian *J. Psychiatry*; 1997 Apr; 42 (3): 285-90.
7. González Uzcátegui R y Levav I. Edts. Reestructuración de la Atención Psiquiátrica; bases conceptuales y guías para su implementación. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud. 1991.

LOGROS Y OBSTÁCULOS EN EL DESARROLLO DE POLÍTICAS Y SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN LOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE DESPUÉS DE LA DECLARACIÓN DE CARACAS

José Miguel Caldas de Almeida*

Introducción

La Declaración de Caracas (1), adoptada en 1990, representa un marco fundamental en la historia de la salud mental en las Américas. Los principios y los valores que la conforman (el respeto por los derechos de las personas con enfermedades mentales y el reconocimiento de la importancia de asegurar una atención de salud mental de buena calidad en la comunidad) han constituido la principal inspiración de todos los que desde entonces se han comprometido a mejorar la salud mental de las poblaciones en los países de América Latina y el Caribe.

Los dos objetivos principales que sus signatarios se comprometieron a promover, la superación del modelo de servicios psiquiátricos basado en el hospital psiquiátrico y la lucha contra todos los abusos y la discriminación de que son víctimas las personas con problemas de salud mental, fueron adoptados como las grandes metas de todos los movimientos de reforma de salud mental ocurridos en América Latina y el Caribe a partir de 1990.

La Declaración de Caracas, un compromiso nacido del entusiasmo, el idealismo y la creatividad generados por las experiencias de transformación de las instituciones psiquiátricas de los años setenta y ochenta, y profundamente influenciado por los movimientos de atención primaria y salud comunitaria, ha permanecido en toda la década de los noventa e incluso en la entrada del nuevo milenio como el símbolo de la esperanza para una salud mental diferente, más focalizada en las necesidades y derechos de las personas y más integrada en la comunidad y en el sistema general de salud.

Desde 1990, se han registrado enormes progresos en el conocimiento de las diversas áreas relacionadas con la salud mental. En general, todos estos avances han confirmado la relevancia, urgencia y factibilidad de las reformas propuestas en Caracas. Las enfermedades mentales, lo sabemos hoy, son responsables de una parte muy significativa de la carga global de las enfermedades y ocupan un lugar destacado entre las primeras causas de discapacidad. Su tratamiento en la comunidad no solamente se ha tornado posible en la mayoría de los casos, sino que está respaldado por una amplia evidencia de que es más costo-efectivo en comparación con los modelos hospitalarios tradicionales. Las experiencias exitosas de reforma, llevadas a cabo en varios países de

* Jefe del Departamento de Salud Mental, Nueva Universidad de Lisboa, Departamento de Salud Mental, Facultad de Ciencias Médicas

América Latina y el Caribe, han demostrado que es posible mejorar la atención en salud mental en los países de la región cuando existe voluntad política, asignación de recursos de acuerdo a la importancia relativa de la salud mental y capacidad técnica para implementar las reformas necesarias.

Desafortunadamente, a pesar de la justicia de los objetivos de la Declaración de Caracas y de todos los avances antes mencionados, los indicadores disponibles muestran que, en la gran mayoría de las poblaciones, las metas de Caracas continúan sin cumplirse enteramente. Una encuesta reciente realizada en México no deja margen para dudas: más del 80 % de las personas identificadas en la comunidad con un diagnóstico de enfermedad mental no ha tenido contacto alguno con servicios de salud en los 12 meses previos (2). Por otro lado, los resultados del monitoreo de los derechos humanos realizado por la Organización de los Estados Americanos (OEA) muestran que los abusos en las instituciones psiquiátricas continúan siendo una realidad cotidiana en muchos países.

¿Cómo cambiar esta situación? La Organización Mundial de la Salud (OMS) decidió, en el año 2001, enfrentar esta realidad, lanzando una serie de iniciativas destinadas a colocar la salud mental en la agenda política internacional. Gracias a estas iniciativas y al programa de acción global que les ha dado seguimiento, la salud mental ha obtenido una mayor visibilidad en todo el mundo, habiéndose desarrollado un conjunto de instrumentos y programas extremadamente útiles para el planeamiento, monitoreo y evaluación de reformas de salud mental. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha aunado esfuerzos con la OMS y, junto con los países, ha trabajado intensamente en los últimos años en el desarrollo de políticas, planes y servicios, así como en la actualización de la legislación en materia de salud mental y la promoción de los derechos humanos.

El trabajo desarrollado en los últimos 15 años no ha sido en vano. Muchos países tienen hoy políticas y planes de salud mental; la sensibilización para el tema de los derechos humanos actualmente es mayor que en el pasado y la capacidad de investigación en los países de América Latina y el Caribe está aumentando. Estos avances todavía están muy lejos de lo que sería necesario. La realidad es que la mayor parte de la población continúa sin tener acceso al conjunto mínimo de cuidados que sería posible brindarles actualmente.

En este contexto, el establecimiento de nuevas estrategias que permitan aumentar significativamente la capacidad de implementación de las reformas, ateniéndose a los principios de Caracas, es fundamental. Quince años después de la Declaración de Caracas, reflexionar sobre los logros y los fracasos del pasado es la mejor forma de celebrarla y de preparar las acciones que puedan finalmente cumplir con los objetivos originales.

Las recomendaciones finales de la Conferencia de Caracas en 1990 (1) incluyen una referencia detallada a prácticamente todos los aspectos que son relevantes para el

desarrollo de la atención en salud mental: política y planes, legislación, organización de servicios, recursos financieros, capacitación de recursos humanos y participación de usuarios y miembros de la comunidad. La Declaración de Caracas, aunque sucinta es muy incluyente y, hace alusión de muchos de los aspectos mencionados. Los objetivos fundamentales de la Declaración son muy claros e incluyen por una parte, la reestructuración de la atención psiquiátrica y por otra, la promoción y protección de los derechos humanos y civiles de las personas con problemas de salud mental. Estos objetivos finales del compromiso asumido en Caracas, condicionan que cualquier análisis de los progresos alcanzados desde 1990 tendrá que basarse esencialmente en una apreciación de los avances y fracasos registrados en el desarrollo de políticas, planes y servicios, en la adopción de legislación acorde y en la puesta en efecto de medidas para la salvaguarda de los derechos de los pacientes.

En esta presentación se intentará evaluar la evolución acaecida en la primera de las dos áreas primordiales mencionadas, con base en la información disponible sobre el desarrollo de políticas y la prestación de servicios en los países de América Latina y el Caribe.

Políticas y planes de salud mental

En América Latina, el 89,5 % de los países tienen actualmente una política nacional de salud mental (Figura 1). La aprobación de estas políticas fue, en la mayoría de los casos (el 63,2 % de los países), posterior a la Declaración de Caracas (3). Con respecto a los planes y programas nacionales de salud mental, la situación es similar (Figura 2).

Figura N° 1. Países de América Latina que cuentan con una política de salud mental

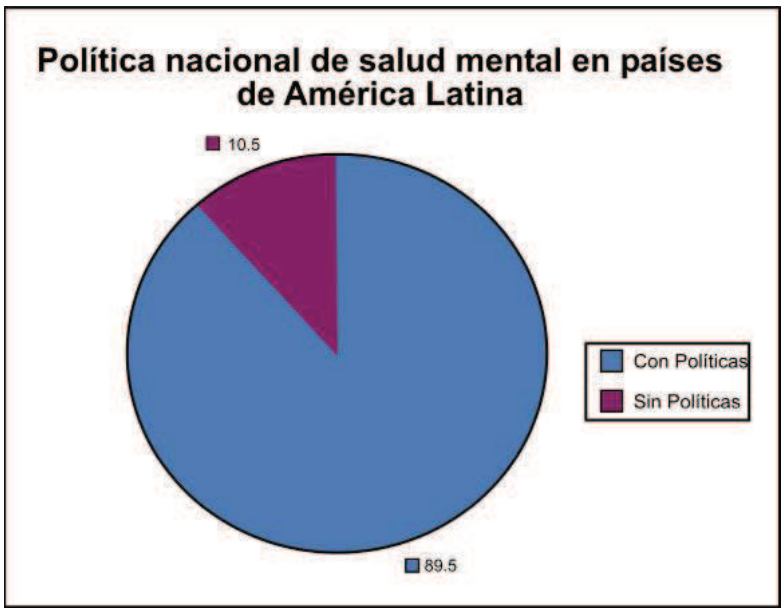
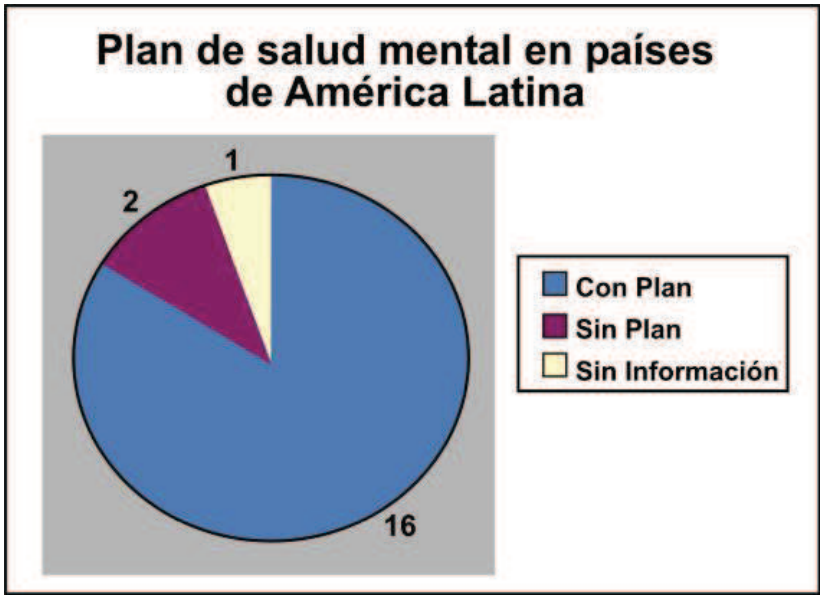


Figura N° 2. Países de América Latina que cuentan con un plan de salud mental



Dos países del Caribe de habla inglesa, (Barbados y Jamaica) tienen una política nacional de salud mental, tres más (Belice, Guayana y Santa Lucía) han iniciado el proceso de su elaboración y, casi todos los otros han manifestado su adhesión a una iniciativa reciente de la OPS para apoyar el desarrollo de políticas y planes en la sub-región. En cuanto a la etapa en que se encuentran los planes de salud mental, dos países ya tienen un plan aprobado y en otros dos los planes respectivos están en proceso de elaboración (4). En resumen, la mayoría de los países de América Latina han avanzado en relación a la formulación de políticas y planes congruentes con las recomendaciones de la Declaración de Caracas. Aunque más tardíamente y de una forma menos significativa, algún progreso se ha registrado también en los países del Caribe de habla inglesa.

Asimismo, deben señalarse los esfuerzos realizados en los últimos años en varios países, dirigidos a la reformulación y la actualización de sus políticas y planes nacionales de salud mental, procesos en los que contaron con amplia participación de todos los sectores relevantes de la sociedad. El Salvador, Belice, Chile, Perú y Paraguay son algunos de los países de la Región donde se han observado iniciativas exitosas en esta área. Este nuevo ímpetu en el desarrollo de políticas y planes nacionales ciertamente ha sido influido por el empuje dado a lo eventos mundiales y regionales en el campo de la salud mental acaecidos en el 2001, así como por la cooperación técnica internacional, particularmente la facilitada por los instrumentos creados por el Proyecto de Políticas y Planes de la OMS/OPS (5).

Entre los objetivos de las políticas y planes de salud mental, la reforma de los servicios ocupa un lugar fundamental. Una pregunta que obligatoriamente se ha de formular es la de saber hasta qué punto las políticas y los planes aprobados en los países han resultado en cambios significativos para la atención de salud mental. La comparación de la situación actual y la que existía antes de 1990 se ve dificultada por la falta de información sobre algunas variables importantes en el periodo antes de Caracas. Sin embargo, con base a la información disponible de ese período, la información actual proporcionada por el Proyecto de la OMS Atlas de Salud Mental (3) y el Análisis de la Situación en el Caribe de habla inglesa (4), elaborado recientemente, es posible discutir las principales tendencias evolutivas observadas desde 1990 y se puede intentar identificar los problemas y obstáculos que más dificultaron la implementación exitosa de las políticas y planes de salud mental. Otras fuentes de información importantes son los informes de las Reuniones Sub-regionales sobre políticas de salud mental efectuadas en los últimos años (6), así como los informes de las misiones de cooperación técnica en los países efectuadas por los asesores y consultores internacionales. Un ejemplo de estas últimas es el informe sobre la evaluación de los servicios en México (7). Asimismo, la información recogida para la publicación “Experiencias innovadoras de servicios de salud mental en América Latina y el Caribe” (8) provee material relevante para la comprensión de algunas de las experiencias de reforma llevadas a cabo en los últimos 15 años.

En este periodo han tenido lugar innumerables experiencias de reforma de los servicios de salud mental en los niveles locales, provinciales y estadales y algunas en el plano nacional. Estas reformas fueron muy variadas en cuanto a las prioridades establecidas y las estrategias utilizadas. En algunos casos, se privilegió la integración de la atención de salud mental en la atención primaria; en otros, se le dio mayor énfasis al desarrollo de la red de servicios de salud mental en la comunidad y en otros el objetivo principal fue la desactivación del hospital psiquiátrico y la creación en la comunidad de dispositivos y programas residenciales y de rehabilitación.

Con relación a la vinculación de la atención de salud mental con la atención primaria, algunos países la han establecido de forma sistemática a nivel nacional. Cuba, que en 1995 inició el "Proceso de reorientación de la psiquiatría hacia la atención primaria", es ciertamente uno de los países donde esta integración se ha desarrollado de la manera más exitosa (9), como se trató en más detalle en la sesión dedicada a este tema. Se han observado igualmente importantes experiencias en este campo en Brasil (10), donde el "Programa de Saúde da Familia", una iniciativa extremadamente innovadora, abrió perspectivas extraordinarias para el acceso de toda la población a una red de servicios integrados de atención primaria con una base familiar y comunitaria, que incluían la atención de los problemas de salud mental. La experiencia de Chile (11) merece también una referencia especial, dado el éxito alcanzado en el desarrollo y evaluación de un programa nacional de tratamiento de la depresión en atención primaria. Así mismo, otros países (por ejemplo, Guatemala y Panamá) han logrado progresos significativos en la integración de la salud mental en la atención primaria, unas veces con más énfasis en la prevención y promoción, otras en la atención (6).

La visión de conjunto de los países proporcionada en las figuras 3 y 4 muestra que aún hoy el nivel de implementación de las políticas ha sido muy bajo en la mayoría de los países.

Figura N° 3.

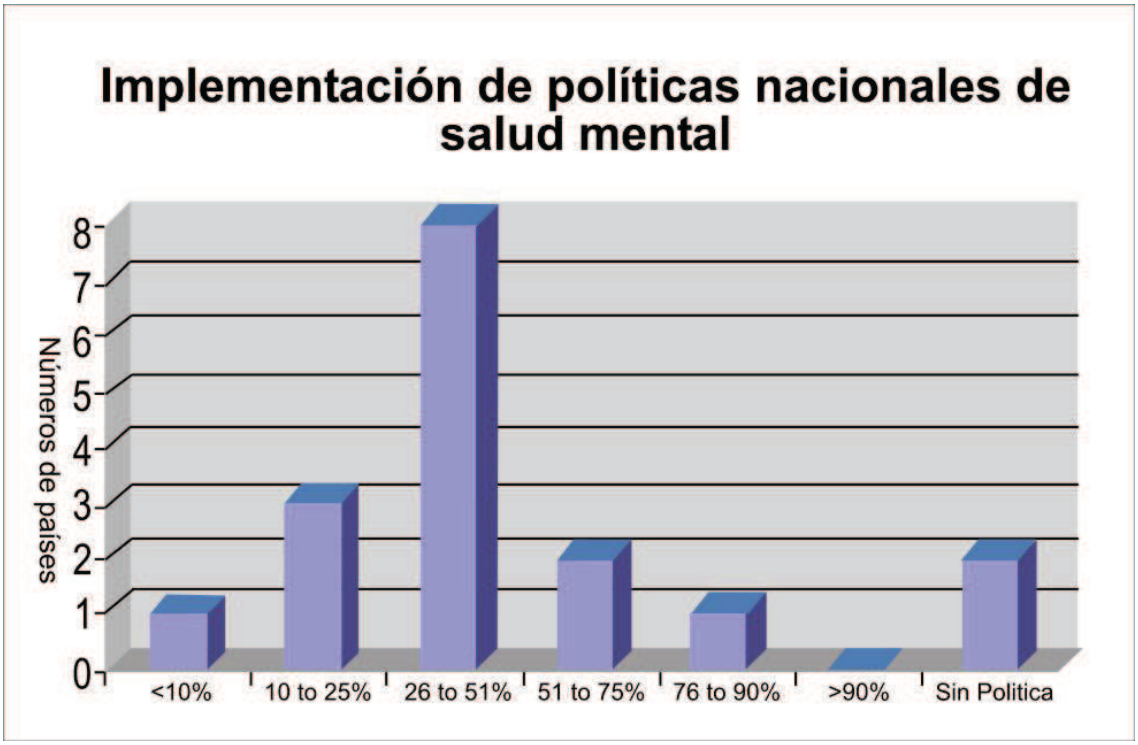
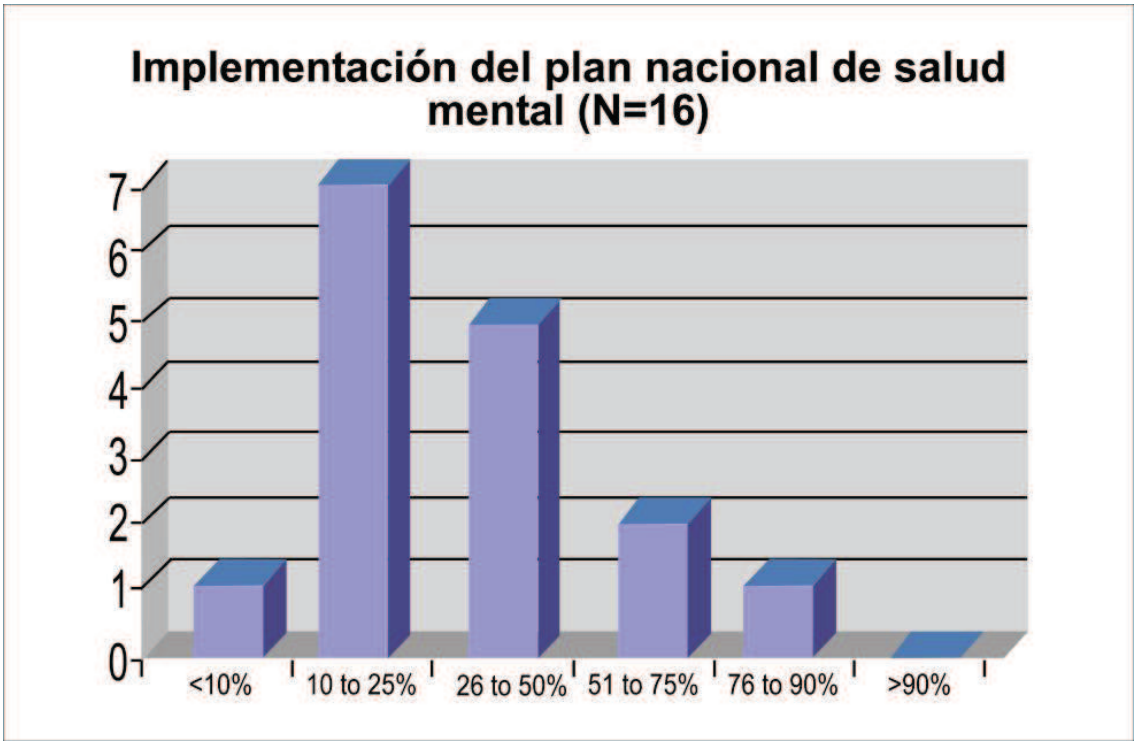
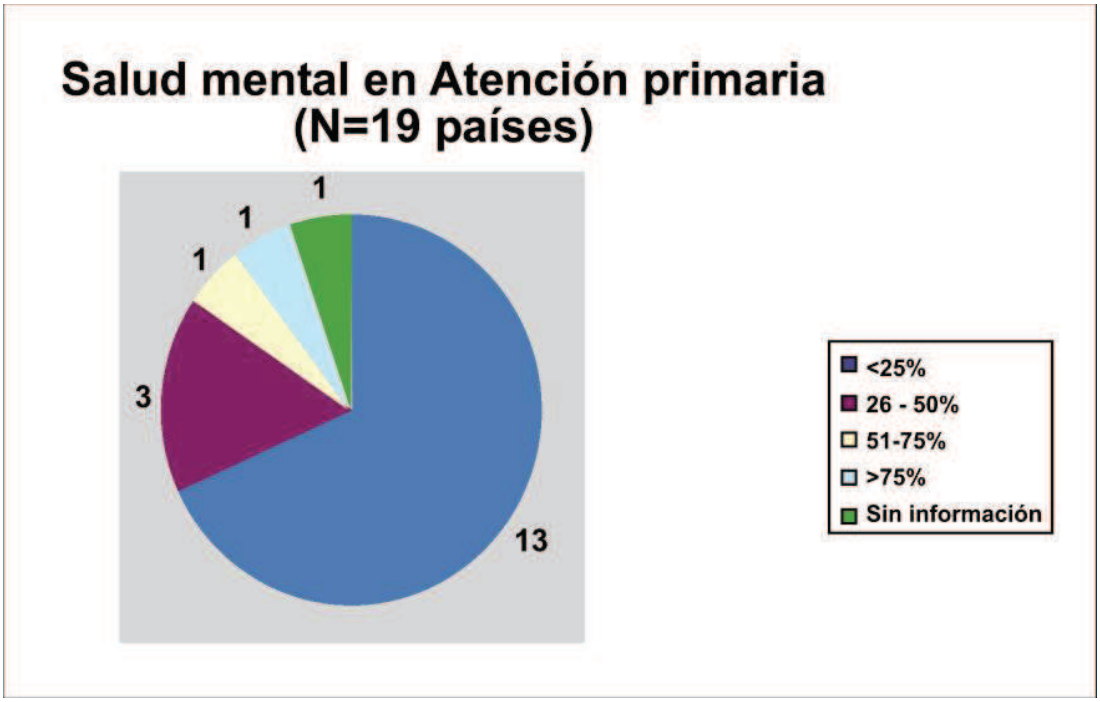

Implementación de políticas nacionales de salud mental
Números de países
0
1
2
3
4
5
6
7
8
<10%
10 to 25%
26 to 51%
51 to 75%
76 to 90%
>90%
Sin Politica

Figura N° 4. Implementación en los países de los planes nacionales de salud mental



En la figura 5 se puede ver que la integración en la atención primaria no se ha generalizado lo suficiente y que sólo una pequeña parte de la población tiene acceso a cuidados de salud mental en este nivel de atención. Las dificultades de acceso son especialmente graves para las personas con trastornos mentales severos: en solamente el 62,5% de los países de América Latina (3) se ofrece una opción de tratamiento para estos pacientes en el nivel primario de atención. Sin embargo, apenas en un 27,3% de los países se dispone sistemáticamente de capacitación en salud mental para los profesionales de atención primaria. Esto es ciertamente uno de los factores que explican la deficiente cobertura de atención en salud mental a nivel de atención primaria, situación que demanda nuevas estrategias en el futuro. En nuestra opinión, se hace perentorio indagar hasta qué punto la atención primaria de salud puede asegurar la atención de salud mental en ausencia de una articulación con la red de servicios de salud mental en la comunidad. Esta es una cuestión que merece una reflexión profunda, dadas las implicaciones estratégicas y organizativas que de ella pueden resultar.

Figura N° 5.



Durante la Conferencia, se presentaron y discutieron innumerables experiencias de desarrollo de servicios en la comunidad. Estas iniciativas, realizadas tanto en países con más recursos, como en otros menos desarrollados, han adoptado diversas modalidades, debidamente documentadas. Brasil, por ejemplo, ha centrado su estrategia en la creación de una red de centros de atención psicosocial (CAPS), la cual ya cubre actualmente una parte significativa del territorio nacional. Los CAPS hicieron posible una mejoría significativa en la atención comunitaria, sobre todo la prestada a personas con trastornos mentales severos. Recientemente, los CAPS empezaron a diferenciarse en varios tipos específicos, orientados a proporcionar respuesta a las necesidades de otros grupos de pacientes. La evaluación de las experiencias de Brasil es particularmente importante para comprender las potencialidades de las redes de servicios comunitarios, así como los problemas y dificultades asociadas a su desarrollo (por ejemplo, las dificultades relacionadas con la articulación con la atención primaria, la sistematización del papel del hospital general y su integración en la red, etc.). Como se pudo apreciar en la presentación del Dr. Minoletti sobre la experiencia de Chile, este país ha venido desplegando una red de servicios en la comunidad que le ha permitido alcanzar progresos muy significativos en la calidad de la atención a las personas con problemas de salud mental. Entre los aspectos interesantes de la experiencia chilena, sobresale la forma como el país ha llegado a la formulación de un plan nacional de gran calidad y rigor y la manera como se ha implementado y evaluado. Otra experiencia muy interesante de servicios en la comunidad es la de la Provincia de Río Negro, en Argentina (12), donde se gestó una reforma que llevó a la desactivación del hospital psiquiátrico y su substitución por una red que cubre un extenso territorio y asegura a las poblaciones el acceso a un conjunto diversificado de programas y dispositivos de salud mental en la comunidad. En Jamaica, un país con características totalmente diferentes de los anteriormente mencionados, se ha creado un sistema en el ámbito nacional que brinda atención de salud mental en la comunidad mediante una red operada por enfermeras especialmente entrenadas para manejar la mayoría de las situaciones de salud mental y derivar los casos especialmente complicados a los servicios especializados. Además, el sistema de Jamaica ofrece la posibilidad de internamiento de casos psiquiátricos en los hospitales generales distritales, medida que ha disminuido substancialmente la utilización de las camas del hospital psiquiátrico. Un modelo semejante fue establecido exitosamente en Belice, comprobándose de esta manera que en países de escasos recursos es posible promover los servicios en la comunidad, si se utilizan las estrategias adecuadas.

Se podría mencionar muchos otros ejemplos de servicios en la comunidad (algunos de ellos presentados en la conferencia de Brasilia). En su conjunto, se ha demostrado que los principios de la Declaración de Caracas inspiraron la implementación de procesos de cambio y ayudaron a desarrollar en muchos lugares una dinámica con enorme creatividad.

La visión de conjunto muestra de nuevo que, a pesar de todos estos progresos, el desarrollo de servicios comunitarios no ha beneficiado a la mayoría de las poblaciones. Como muestran las figuras 5, 6 y 7, solamente una parte ínfima de la población en América Latina tiene acceso a servicios que aseguren intervenciones en el domicilio o disponen de programas de prevención y promoción.

Figura N° 6 . Proporción de acciones de prevención y promoción en los programas de salud mental de América Latina

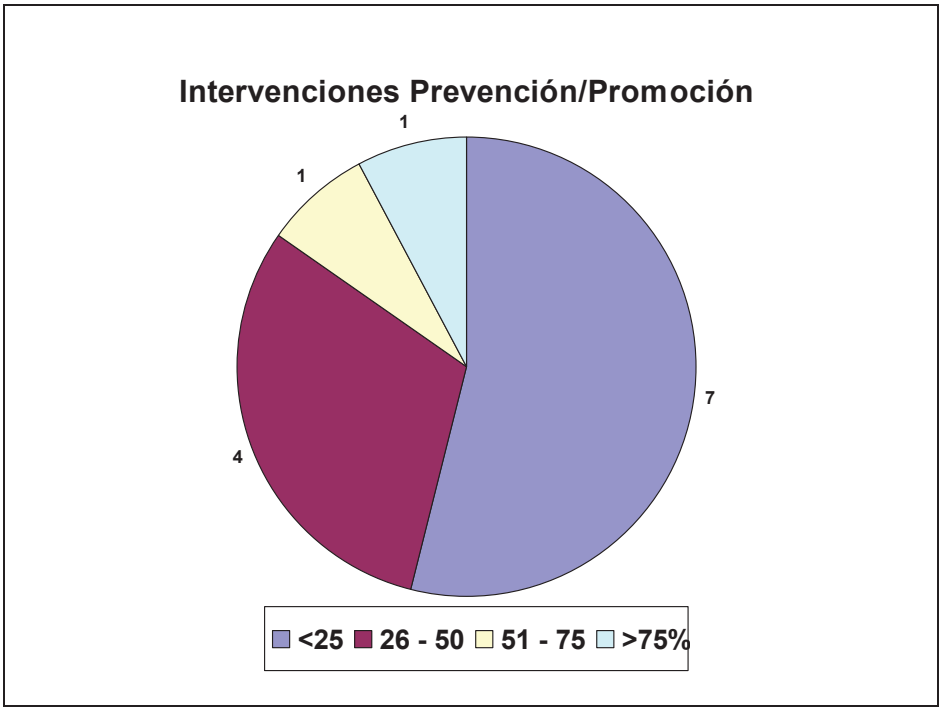
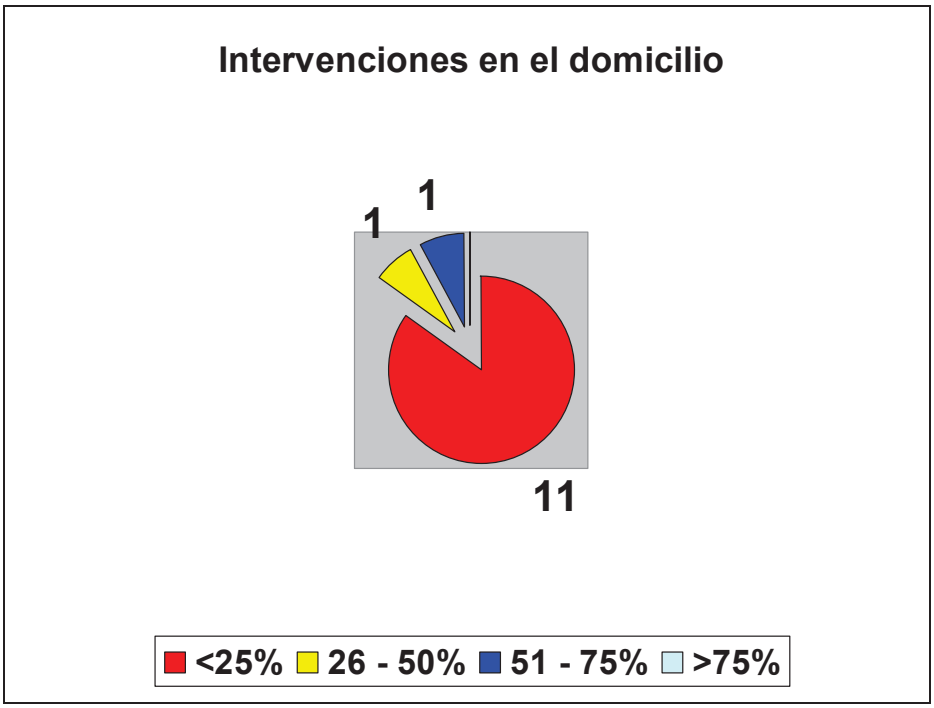


Figura N° 7. Proporción de intervenciones a domicilio en los programas de salud mental de América Latina



Cabe mencionar que más de la mitad de la población ni siquiera tiene acceso a consultorios externos. En México (2), el acceso a los servicios continúa siendo imposible para más del 80% de las personas con trastornos mentales y nada hace pensar que la situación sea mejor en los otros países de América Latina y el Caribe.

Esta problemática está estrechamente vinculada a la evolución de los hospitales psiquiátricos. En Santos y Campinas, Brasil (10, 13), en Río Negro, Argentina (12) y en Hidalgo, México (14), para citar tan solo algunos de los ejemplos más conocidos, se han desactivado hospitales psiquiátricos y se han creado alternativas de mucha mejor calidad en la comunidad. En el Caribe de habla inglesa, varios gobiernos decidieron cerrar los viejos hospitales psiquiátricos, lo que representa un progreso muy importante en la sub-región. A través de un proceso de discusión y cooperación internacional, ha sido posible superar varias dificultades y contradicciones y, de este modo, avanzar hacia la puesta en vigor de planes de cierre de hospitales mentales, basándose en la creación de redes de servicios en la comunidad. La defensa de los derechos humanos de los enfermos mentales ha probado ser un poderoso instrumento de cambio de la atención de salud mental.

Un buen ejemplo de la promoción del resguardo de esos derechos tiene lugar en Paraguay, país donde se está implementando actualmente una interesante reforma en salud mental, iniciada a partir del reconocimiento de situaciones inaceptables desde el punto de vista de los derechos humanos. La comisión de derechos humanos de la OEA ha dado su apoyo a esta iniciativa.

Estos ejemplos exitosos muestran que es posible privar al hospital psiquiátrico de su papel hegemónico tradicional; a pesar de ello, hay que reconocer que la mayoría de los hospitales psiquiátricos de América Latina no han cambiado significativamente y siguen consumiendo la mayor parte de los recursos asignados a la salud mental. En la Región de las Américas, el número de camas psiquiátricas en los hospitales psiquiátricos y en los hospitales generales representan respectivamente el 80,6 y 10,3% del total, cifras que indican que la creación de unidades de psiquiatría en los hospitales generales ha avanzado a un ritmo extremamente lento y que la enorme mayoría de camas psiquiátricas continúan en los hospitales mentales (3). Las camas psiquiátricas siguen siendo, en su mayoría, camas para pacientes de larga estancia, lo que significa que muchos hospitales psiquiátricos no han cambiado substancialmente su práctica asilar. Qué hacer con el hospital psiquiátrico sigue siendo una pregunta actual y fundamental en América Latina y el Caribe. Los hospitales psiquiátricos no responden a las necesidades de atención básica de los pacientes no aseguran el respeto ni la protección de sus derechos; por otra parte, esas instituciones cuentan con la mayoría de los recursos disponibles, constriñendo todos los esfuerzos de creación de servicios más modernos en la comunidad.

Lecciones aprendidas y desafíos para el futuro

Las reflexiones que hemos expuesto sobre los adelantos logrados en políticas, planes y servicios apuntan a conclusiones semejantes a las que han llegado los autores de otros trabajos recopilados en esta publicación. En los últimos 15 años se han logrado avances importantes en muchos lugares, de acuerdo con los principios de Caracas; sin embargo, estos logros son muy insuficientes para cerrar la enorme brecha existente en la atención de salud mental. Quince años después de la Declaración de Caracas cabe preguntarse cuáles son las lecciones aprendidas en este período que pueden ser de ayuda en el futuro. ¿Cuáles son los factores que han facilitado las reformas realizadas? ¿Cuáles son los factores y razones que explican los fracasos? ¿Qué se puede hacer para mejorar la efectividad de nuestras acciones? Estas son las preguntas que se intentaron responder en la Conferencia.

Si hay algo que todos los que trabajamos en salud mental hemos aprendido en los últimos 15 años es que la reforma de los servicios de salud mental es una tarea extremadamente compleja, quizás mucho más compleja que lo que pensábamos inicialmente. Esto no significa que sus objetivos sean imposibles de alcanzar o que solamente se puedan llevar a la práctica en países con abundantes recursos financieros y

técnicos, sino que es algo que exige mucho más que voluntad y entusiasmo. La reforma de servicios de salud mental es actualmente un proceso que implica mudanzas de paradigmas cuyas raíces datan de muchos siglos y que exige la capacidad de articular acciones políticas y organizativas a diversos niveles. La implementación de la reforma precisa, en primer lugar, alcanzar consensos básicos y concertar alianzas que permitan tomar las decisiones y movilizar los recursos necesarios. La implementación también requiere el manejo de problemas relativos a los aspectos financieros y a la formación de recursos humanos, el ejercicio de alguna capacidad de planeamiento y monitoreo y el despliegue de habilidades para recolectar información y evaluar servicios.

Establecimiento de consensos

Se ha avanzado mucho en relación con el establecimiento de consensos sobre la necesidad del cambio. Los estudios realizados en epidemiología psiquiátrica, han demostrado que entre el 10 y el 15% de la población mundial sufre de enfermedades mentales; el 20% de los enfermos que buscaban atención en los centros de atención primaria tienen una o más enfermedades mentales, muchas veces sin diagnóstico; y en una de cada cuatro familias hay cuando menos un miembro con algún trastorno mental o del comportamiento (15). La evaluación de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) y los cálculos de la carga mundial de las enfermedades ha permitido que por primera vez se cuantifiquen las consecuencias negativas de las enfermedades mentales en términos de años de vida perdidos por muerte prematura y años de vida perdidos por discapacidad. Estos estudios han demostrado que la carga de las enfermedades mentales ha sido subestimada durante mucho tiempo. Cabe destacar que el 24% de la carga mundial corresponde a la Región de las Américas (15). La información citada, ampliamente diseminada en el año 2001, ha permitido presentar, de forma más efectiva, argumentos sobre la importancia de la salud mental. Las resoluciones del Consejo Directivo de la OPS en 1997 y 2001 (16, 17) han puesto de manifiesto que es posible obtener consensos amplios entre los gobernantes y los encargados de la reforma de los servicios de salud mental. La reforma todavía exige una toma de conciencia de su urgencia y prioridad, hecho que todavía no se ha generalizado; exige además demostrar con certeza que es posible cambiar la situación, pues a pesar de la evidencia existente los cambios no ocurren con la frecuencia debida. La experiencia de los últimos 15 años nos ha enseñado que la diseminación de información sobre los problemas de salud mental hay que hacerla de una manera más amplia y efectiva. Hay que obtener nueva información que pruebe de una forma más inteligible para la opinión pública y los gobernantes la urgencia, factibilidad y ventajas de la reforma. La difusión de los datos sobre la carga de las enfermedades probó ser un instrumento poderoso en esos esfuerzos de cabildeo. Ahora hay que proveer nuevos datos que muestren de una forma aún más rigurosa las consecuencias y los costos resultantes de los trastornos mentales en los países de América Latina y el Caribe y que prueben que vale la pena invertir en el desarrollo de políticas y servicios de salud mental.

Claridad en cuanto a los objetivos prioritarios

Una vez obtenido el consenso en cuanto a la necesidad de mudanza, hay que volverlo operativo, lo que requiere, en primer lugar, de una definición clara de lo que fundamentalmente se pretende con el cambio. Esta falta de definición está entre las causas que más han contribuido a crear las dificultades encontradas en la implementación de la reforma de los servicios de salud mental en los últimos 15 años. Una política nacional de salud mental debe comprender varios componentes entre los que descuellan la organización de los servicios y la puesta en marcha de programas de prevención, promoción, rehabilitación y capacitación de recursos humanos. Estos componentes deben estar adecuadamente articulados y tener asignada una prioridad acorde con las necesidades específicas de cada país.

En todos los casos hay que ser claro en cuanto a las prioridades y sobretodo no olvidar lo que es esencial. Lo cierto es que en algunos países de América Latina lo esencial, esto es, la reforma de los servicios, ha sido en ocasiones olvidada o por lo menos subestimada, siendo la causa de su postergación la preocupación por otros aspectos de las políticas de salud mental. Esto ha ocurrido, por ejemplo, en relación con el interés creciente en la prevención y la promoción, componentes de importancia indiscutible en cualquier política nacional de salud mental, pero que seguramente no son antagónicos ni excluyentes de la atención.

La preocupación con la violencia, problema realmente inquietante en América Latina, ha originado también algunos equívocos sobre la asociación entre salud mental y violencia. Existe alguna confusión sobre la participación que las acciones de salud mental puedan tener en la prevención de los diversos tipos de violencia, lo que ha tenido el efecto perverso de reforzar la tradicional negligencia de los problemas relacionados con los trastornos mentales. Ciertamente, la inclusión de los componentes de prevención y promoción en la política de salud mental es deseable e indispensable como lo es también la contribución que la salud mental puede aportar al enfrentamiento de los problemas relacionados con la violencia.

En realidad, el apoyo a las victimas de violencia, es un área cada vez más importante en la mayoría de los países de la región (18). Sin embargo, la salud mental es solamente uno de los muchos factores involucrados en la problemática de la violencia, y las políticas y servicios de salud mental no pueden asumir responsabilidades en la prevención de problemas que dependen largamente de la situación económica y social. Mucho menos se puede, en nombre de la preocupación con estos problemas, olvidar el abandono y la discriminación de que son víctimas las personas con trastornos mentales y relegar la transformación de los servicios de salud mental a la última de las prioridades.

La falta de claridad en la definición de las prioridades en el desarrollo de los servicios de salud mental, también ha sido con frecuencia un obstáculo importante para la reforma. La experiencia ha demostrado que no hay modelos únicos de servicios y que cada situación exige soluciones diferentes. Sin embargo, existen siempre acciones que son indispensable asegurar, por ejemplo, el tratamiento de las crisis psicóticas, y si es necesario, en el caso de pacientes mentales severos, el internamiento o la utilización de alternativas residenciales y programas de rehabilitación. En cada situación es necesario definir con claridad como se van a asegurar las funciones esenciales de la persona. El examen de las experiencias de diversos lugares durante los últimos 15 años puede constituir una contribución importante para lograr más consensos. De otra parte, ese análisis puede arrojar mayor claridad en la definición de prioridades en la reforma de servicios de salud mental. ¿Cuáles son los dispositivos esenciales de una red de servicios en la comunidad en países con pocos recursos? ¿Cómo se puede asegurar el internamiento de pacientes agudos? ¿Cuáles son las soluciones posibles para asegurar una asistencia residencial a las personas con trastornos severos que no pueden ser reintegradas en la familia? No hay respuestas únicas para estas preguntas. Sin embargo, en base a las experiencias de los últimos 15 años se puede ciertamente avanzar en la definición de lo que es esencial garantizar en los países, de acuerdo con los diferentes escenarios condicionados por su nivel de desarrollo.

Establecimiento de alianzas

En la base de las reformas exitosas de servicios se encuentran siempre alianzas sólidas, en las que generalmente participan líderes políticos, profesionales de salud mental o representantes de sectores relevantes, voceros de los usuarios y familiares, organismos no gubernamentales y representantes de otros sectores, por ejemplo, del sector social o judicial. En los últimos 15 años se han fortalecido las alianzas con algunos de estos grupos, por ejemplo, con los representantes de los familiares, que en algunos países han tenido una participación significativa en la reforma. Sin embargo, queda mucho por hacer para aumentar la participación de otros grupos. Los usuarios, por ejemplo, tienen en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe un nivel organizativo muy débil y su participación en las reformas es aún exigua. La cooperación de algunos grupos profesionales continúa a veces comprometida por conflictos de orden ideológico, que frecuentemente son expresión de luchas de poder, sin mayor sentido en la fase actual del conocimiento científico. En este tipo de controversias subyace muchas veces la falta de adhesión de muchos psiquiatras a la reforma de los servicios. La existencia de dos sistemas paralelos en las iniciativas de reforma significa un peligro importante para su éxito. El sistema basado en la comunidad tiene un fuerte componente psicosocial, pero se encuentra separado del hospital general y de los centros de investigación y capacitación; de otra parte está el sistema medico, con base académica y fortaleza en la investigación biológica, pero alejado de la comunidad y reducido a una perspectiva biomédica que ignora partes importantes de los problemas de los pacientes. El establecimiento de puentes

de diálogo entre las diferentes partes es fundamental y la mejor forma de promoverlos es centrar la discusión en una base científica.

Capacidad de implementación

La implementación ha sido indiscutiblemente uno de los aspectos en que se han encontrado mayores dificultades en el desarrollo de las políticas y planes de salud mental en América Latina y el Caribe. Las dificultades encontradas se relacionan con varios factores, entre los cuales sobresale la insuficiencia de recursos financieros. Otro factor muy importante tiene que ver con el liderazgo y la coordinación de la implementación de la política y el plan. Cabe subrayar que la implementación de un plan de salud mental es una tarea que exige decisiones políticas, el manejo de recursos humanos y financieros, la promoción de medidas organizativas, la negociación con los diversos sectores involucrados en la atención de salud mental y el monitoreo de las reformas, etc.

Para dirigir este proceso y cumplir todas estas tareas, es fundamental la existencia de una unidad en el ministerio de la salud con capacidad para tomar decisiones o por lo menos influirlas, en relación a las áreas políticas, administrativas y financieras. Esto significa que la unidad debe tener en el ministerio una posición que permita el acceso a los núcleos de decisión política y garantice su influencia efectiva sobre todos los componentes de los servicios de salud mental. Si esta unidad es un pequeño núcleo perdido en una división que nada tiene a ver con los servicios y no tiene competencia para intervenir en los hospitales psiquiátricos, como ocurre en algunos países de la región, la capacidad de éxito en la implementación del plan de salud mental es nula.

La capacidad técnica de esa unidad rectora es otro aspecto fundamental. La implementación del plan de salud mental requiere capacidades técnicas en diversas áreas, entre otras epidemiología, evaluación de servicios, capacitación y salud mental de la infancia. El equipo de la unidad de salud mental deberá reunir conocimientos y experiencia en estos diferentes campos.

En los países de la Región que lograron progresos importantes en la implementación de políticas y planes de salud mental en los últimos 15 anos, es posible encontrar unidades de salud mental que, en mayor o menor grado, reúnen las condiciones mencionadas arriba. Es menester utilizar la experiencia de estos países en el fortalecimiento de las unidades de salud mental en la región.

Cooperación internacional

El éxito de la reforma de los servicios de salud mental depende fundamentalmente de factores locales y nacionales. La iniciativa de Reestructuración de la Asistencia Psiquiátrica en América Latina, puesta en marcha en la década de 1990, y las acciones

promovidas por la OPS/OMS desde el año 2000 (19) demuestran que la cooperación internacional puede tener un papel importante en algunas circunstancias. Uno de los aspectos más innovadores de la cooperación internacional en este sector fue la asignación por la OPS de consultores regulares destacados en lugares clave, para apoyar a los países interesados en acometer la reforma de los servicios de salud mental. Esos consultores, la mayoría europeos, brindaron asesoría técnica "in situ" para el desarrollo de políticas y servicios. Esta estrategia continúa aplicándose con algunos cambios en la nueva fase de la reforma.

Por una parte, gracias al incremento de las capacidades técnicas de algunos países de América Latina y el Caribe, las asesorías dependen cada vez más de expertos latinoamericanos y caribeños formados en el propio proceso de reforma. De otra parte, gracias a los nuevos módulos y guías disponibles y a la experiencia acumulada, se pueden establecer planes de cooperación técnica con objetivos bien definidos y al mismo tiempo, darle un seguimiento adecuado a su evolución.

En los últimos años la OPS/OMS ha brindado apoyo técnico para la reforma de los servicios de salud mental a 17 países de América Latina y el Caribe. Mediante este apoyo se han logrado experiencias exitosas en varios países: por ejemplo, en Barbados y Santa Lucía se mejoró el hospital psiquiátrico y se crearon alternativas de atención en la comunidad; en Belice se está trabajando en el cierre del hospital y en la mejora del sistema comunitario; en Guayana se esta iniciando un proyecto para mejorar el hospital y capacitar a profesionales de la atención primaria; y en El Salvador, Guatemala y Nicaragua se encuentra en curso un proyecto innovador para llevar los servicios de salud mental a la comunidad.

En México se han iniciado proyectos de reforma en varios estados del país a partir de la evaluación de sus servicios realizada por la OPS. Además, el gobierno federal decidió que el seguro nacional de salud cubriera el tratamiento de los trastornos mentales. En Paraguay se lleva a cabo un proceso con características originales, utilizando el rescate de los derechos humanos como instrumento de cambio en los servicios; además se está avanzando en la solución de los problemas más graves del hospital al tiempo que se trabaja en llevar los servicios a la comunidad. En Perú se evaluó el estado de los derechos humanos y se avanzó en la creación de una unidad y un programa de salud mental. En Bolivia se creó la unidad de salud mental del Ministerio de Salud y en la provincia de Buenos Aires, Argentina, se desarrollaron nuevos servicios y programas en la comunidad.

Diversas experiencias e iniciativas de intercambio apoyadas por la OPS han contribuido a dar continuidad a proyectos ejecutados en Brasil y Chile. Estas experiencias, que aún están lejos de agotar la diversidad de los procesos de reforma actualmente en curso en América Latina y el Caribe, se benefician de una forma u otra de la cooperación internacional.

El objetivo de las iniciativas de cooperación técnica de la OPS en salud mental es fortalecer la capacidad de los países para elaborar e implementar políticas correctas y ofrecer servicios adecuados. Para ello, la unidad de salud mental de la OPS ha llevado a cabo las siguientes acciones:

- diseminación de guías y materiales de capacitación:
- promoción de buenas prácticas en los servicios de salud mental
- capacitación de profesionales de salud mental
- promoción de iniciativas sub-regionales y de cooperación entre países, dirigidas a desarrollar políticas y servicios de salud mental
- asistencia directa a los países para la formulación y puesta en marcha de políticas y servicios.

Una buena parte de esas acciones se han realizado en coordinación con el proyecto "Políticas y Planes de Salud Mental: Atendiendo a las Necesidades y Mejorando los Servicios", dirigido por el Departamento de Salud Mental y Abuso de Substancias, de la OMS. Este proyecto ofrece una amplia gama de recursos, entre ellos un conjunto de guías con información y orientaciones prácticas basadas en datos científicos actualizados que tienen como finalidad contribuir a mejorar los sistemas nacionales de salud mental (disponibles en: http://www.who.int/mental_health/policy/en/). Las políticas, planes y programas de salud mental, la organización de los servicios y de los recursos humanos y la formación de profesionales en salud mental son algunos de los temas abarcados por este proyecto. La OPS ha colaborado estrechamente en la elaboración de estas guías y en la actualidad promueve su publicación en español y portugués.

Algunas de estas guías se utilizaron como material de estudio en dos talleres de capacitación para responsables de unidades nacionales de salud mental, uno de ellos dirigido a los países de América Central y el otro a los países anglófonos del Caribe. Los resultados demuestran que estos materiales pueden ser muy útiles en la capacitación y constituyen un apoyo técnico inestimable para quienes tienen la responsabilidad de implementar políticas, planes y programas de salud mental.

La creación de servicios y programas para atender a las personas con trastornos mentales graves en la comunidad es uno de los desafíos más importantes de la reforma de los servicios de salud mental. Para responder a las necesidades de los equipos involucrados en el desarrollo de estos servicios y programas, la OPS promovió la confección y publicación de guías específicas sobre este tema con la colaboración de expertos de varios países (20). Estas guías contienen orientaciones pragmáticas dirigidas a los profesionales encargados de atender a las personas con enfermedades mentales graves, desde el tratamiento de crisis agudas en hospitales generales hasta el apoyo residencial en la comunidad. En ellas se describen los programas para la detección y el tratamiento precoz, la asistencia en unidades de atención diurna y la rehabilitación profesional, entre

otros. Además, contienen orientaciones sobre aspectos complementarios importantes, como la formación de profesionales, la coordinación de acciones con los servicios de atención primaria y la investigación. En estas guías se ha buscado reunir la mejor información técnica, basada en la evidencia científica actualmente disponible y en las experiencias más exitosas del proceso de reforma.

El próximo paso de la iniciativa consiste en elaborar modelos y proyectos de capacitación basados en esas guías. Para ello se elaboran varios módulos de capacitación, con la colaboración de la Universidad de Granada y de la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM), ambas de España, que se utilizarán en talleres y programas de enseñanza a distancia.

A pesar de haberse logrado experiencias excelentes que han llevado al establecimiento de servicios innovadores de salud mental en América Latina y el Caribe, la información correspondiente no se ha divulgado adecuadamente. Por esa razón, la OPS ha iniciado, en colaboración con la Universidad de Harvard en los Estados Unidos de América, un proyecto de diseminación de esos resultados. A finales de 2005 se publicó un volumen en el que se expone lo logrado en Argentina, Belice, Brasil, Chile, Cuba, Jamaica, México y Santa Lucía (8).

El desarrollo de iniciativas sub-regionales y la cooperación entre países son dos estrategias que la OPS privilegia en esta nueva fase de la reforma. En 2003, se realizó el Foro de los Países del Cono Sur para Políticas y Servicios de Salud Mental y posteriormente se realizaron eventos similares para los países de habla hispana de América Central y el Caribe y para los países andinos y del Caribe anglófono. El objetivo de esas reuniones fue promover el intercambio de experiencias entre países con problemáticas similares y estimular la presentación y ejecución de proyectos de cooperación técnica entre ellos.

Entre los proyectos de colaboración técnica entre países se encuentra el de salud mental en atención primaria, en el que participan Cuba y la República Dominicana; otro sobre salud mental en la comunidad en Cuba, la República Dominicana y Panamá; un proyecto sobre servicios en la comunidad en El Salvador, Guatemala y Nicaragua; y dos proyectos para la elaboración y aplicación de políticas y legislación de salud mental, en países del Caribe anglófono.

La cooperación internacional debe adaptarse a las necesidades de los países. Este es el momento en que, con base en las experiencias del pasado, hay que buscar nuevas formas de cooperación, para así apoyar a los países a superar sus dificultades más salientes encontradas en la reforma de los servicios de salud mental. Es de esperar que el intercambio de ideas que tuvo lugar en la Conferencia de Brasilia nos pueda ayudar a formular las propuestas necesarias para responder a los desafíos del futuro. Al final de la

Conferencia me permití proponer que entre las recomendaciones finales del encuentro se incluyera el lanzamiento de un plan regional de salud mental, con metas claras para los próximos cinco años. Un plan con estas características podría constituir una contribución esencial para la asunción de las colaboraciones y sinergias que falta asegurar a nivel regional para cumplir con las metas de Caracas.

REFERENCIAS

1. González Uzcátegui R, Levav I, eds. Reestructuración de la atención psiquiátrica: bases conceptuales y guías para su implementación. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1991.
2. Medina-Mora ME, Borges G, Lara Muñoz C, Benjet C, Blanco-Jaimes J, Fleiz-Bautista C, y cols. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Menta*l. 2003;26(4):1-16.
3. World Health Organization. Mental Health ATLAS 2005. Geneva: WHO; 2005
4. Pan American Health Organization. A Situation Analysis of Mental Health in the English-speaking Caribbean Countries. Washington D.C., PAHO. En preparación, 2005.
5. Funk M, Saraceno B, Drew N, Lund C, Grigg M. Mental Health Policy and Plans: Promoting an Optimal Mix of Services in Developing Countries. *Int J Men Health*. 2004;33(2):4-16.
6. Organización Panamericana de la Salud. Salud mental en América Central. Documentación del Foro de Políticas de Salud Mental de los Países Centroamericanos, México y el Caribe Hispano. Washington, D.C.: OPS; 2004. (Documento OPS/THS/MH/01/04).
7. Organización Panamericana de la Salud. Evaluación de servicios de salud mental en la República Mexicana. México, D.F.: Representación de la OPS en México; 2004.
8. Caldas de Almeida JM, Cohen A, eds. Experiencias innovadoras de servicios de salud mental en América Latina y el Caribe. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud. En preparación, 2005.
9. Barrientos del Llano G, Martínez Gómez C, Rodríguez Sánchez J, Valdés Mier M. La reorientación de la atención psiquiátrica en Cuba. En: Enfoques para un debate en salud mental. La Habana: Ediciones Conexiones, 2001. Pp. 87-137.
10. Alves DN, Valentini W. Mental Health Policy in Brazil. En: Morral PA, Hazelton M, eds. Mental Health Policy: International Perspectives. London: Whurr, 2002.
11. República de Chile, Unidad de Salud Mental. Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Santiago, Chile: Ministerio de Salud, 2001.
12. Collins P. Reforma psiquiátrica y salud mental comunitaria en la provincia de Río Negro, Argentina. En: Caldas de Almeida JM, Cohen A, eds. Experiencias innovadoras de servicios de salud mental en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. En preparación, 2005.
13. Henry C. Reformas psiquiátricas en Campinas y Sobral, Brasil. En: Caldas de Almeida JM, Cohen A, eds. Experiencias innovadoras de servicios de salud mental en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. En preparación, 2005.

14. Xavier M. La experiencia de Hidalgo: un nuevo modelo de atención de salud mental en México. En: Caldas de Almeida JM, Cohen A, eds. Experiencias innovadoras de servicios de salud mental en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. En preparación, 2005.
15. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial de la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2001.
16. Organización Panamericana de la Salud. Resolución CD40.R19 del Consejo Directivo 1997. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1997.
17. Organización Panamericana de la Salud. Salud mental. Documento presentado en la 43.era Reunión del Consejo Directivo. Washington, D.C.: OPS, 2001. (Documento CD43/15).
18. Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C. OPS, 2003.
19. Caldas de Almeida JM. Estrategias de cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud en la nueva fase de la reforma de los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe. *Rev. Panam. Salud Pública*, 2005 (en publicación).
20. Caldas de Almeida JM, Torres González, eds. Atención comunitaria a personas con trastornos mentales severos. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 2005. (Publicación Científica No. 601).

LAS RAÍCES DE LA DECLARACIÓN DE CARACAS

Itzhak Levav[*]
René González[**]

La Declaración de Caracas constituye una plataforma para la acción. Mediante la misma, se busca la modernización de los servicios de asistencia psiquiátrica y de salud mental por medio de un conjunto de medidas dirigidas a su reestructuración. En su génesis y desarrollo histórico intervinieron múltiples actores, tanto de nuestra América como de fuera del continente. Estas variables incluyeron varios escenarios, de los cuales tanto el epidemiológico como los correspondientes a los campos técnicos y éticos sirvieron para gestarla y darle cuerpo. Como resultado de sus diversos antecedentes, la Declaración de Caracas cristalizó en su texto esa pluralidad y compendió, entre otros, un conjunto de principios de organización de la atención psiquiátrica con bases firmes en la comunidad. El documento enfatiza la accesibilidad de la atención, mediante la garantía de su descentralización, integralidad y continuidad, y subraya la promoción de su carácter participativo. Al mismo tiempo que incorpora objetivos preventivos y de promoción de la salud mental, la Declaración promueve un marco legal que prescribe la salvaguarda de los derechos humanos, la vigencia de la democracia en los servicios y, aunque menos explícitamente, la equidad.

La Declaración de Caracas incorporó en su texto principios establecidos en las publicaciones científicas, surgidos de experiencias locales y externas. Esos principios fueron apoyados con argumentos ideológicos que le imprimen una fuerza social y cultural movilizadora. Los fundamentos de la Declaración se cristalizaron, por un lado, en una severa crítica a la atención manicomial y, por otro, en propuestas concretas de cambio.

Por medio de una breve síntesis, se describen a continuación los antecedentes y las bases para la acción que llevó a la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) a convocar la Conferencia que culminó en la adopción de la Declaración de Caracas (1, 2, 3).

La Conferencia para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina

El 14 de noviembre de 1990, en Caracas, Venezuela, aproximadamente 200 participantes de once países latinoamericanos adoptaron la Declaración de Caracas, acto que clausuró la Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica. En la Conferencia se repitieron escenarios anteriores y se abrieron nuevos horizontes que le

[*] Consultor, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.

[**] Ex-asesor Regional en Salud Mental, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.

dieron carácter especial. En ésta participaron los líderes habituales de las actividades de salud mental, como psiquiatras, psicólogos, enfermeras y asistentes sociales. La novedad del encuentro fue la participación de parlamentarios, miembros de gabinetes de gobierno, juristas, usuarios y periodistas (estos dos últimos grupos en una proporción que hoy bien puede ser tildada de nominal). Con estos nuevos partícipes se pretendía establecer alianzas, pues tanto por razones estratégicas como sustantivas, se definía a la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica no sólo como un cambio técnico, sino como una mutación en los modelos sociales y culturales. Nada más natural, entonces, que la búsqueda del acuerdo y la cooperación de todas las partes involucradas para facilitar el establecimiento de los cambios.

La OPS/OMS invitó en la convocatoria a múltiples organizaciones activas en la región, tales como: la Comisión Interamericana de Derechos Humanos de la Organización de los Estados Americanos, la Asociación Psiquiátrica Mundial, la Asociación Psiquiátrica de América Latina, la Asociación Latinoamérica de Psicología, la Federación Mundial para la Salud Mental, la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial y centros colaboradores de la OMS. Asimismo, recabó la presencia de representantes de instituciones de España, Italia y Suecia, donde ya se habían establecido procesos de Reforma Psiquiátrica, que se sumaron solidariamente a la convocatoria.

El propósito de OPS/OMS de lograr una concurrencia, tan amplia como diversa, era hacer acopio de las voluntades, conocimientos y habilidades del mayor número de actores científicos, técnicos, políticos y sociales a fin de asegurar tanto la credibilidad de las recomendaciones que surgieran de la Conferencia, como la factibilidad de su implementación y sostenibilidad.

Como se menciona anteriormente, en el encuentro participaron once países, pero cabe señalar que todas las naciones latinoamericanas se fueron adhiriendo con el correr de los tiempos a la Declaración, si bien de desigual manera. Eventualmente, los países anglófonos y francófonos del Caribe también hicieron eco del manifiesto, al punto que más tarde se convocó una conferencia sub-regional en Fort de France, Martinica, que adoptó principios casi idénticos en lo relacionado a la atención de salud mental.

¿Por qué surge la Conferencia para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica?

La respuesta es breve y sencilla: Pese a los esfuerzos sobresalientes por parte de pioneros en lugares diversos de las Américas, por lo general, la atención psiquiátrica pecaba de insuficiente y, sobre todo, de violatoria de los derechos humanos de los pacientes mentales, particularmente en los hospitales psiquiátricos, pero también en otros centros e instituciones prestadores de atención.

Renacimiento de los gobiernos democráticos. Varios países de América Latina habían sido regidos, en épocas que precedieron a la Conferencia, por gobiernos militares que, además de imponer la represión en todos los ámbitos de la vida, adoptaban un manejo cuestionable y socialmente injusto de los asuntos públicos. Entre otras manifestaciones de su gestión, se destaca el haber atribuido a la salud mental y a sus agentes un carácter diabólico e insurreccional. En efecto, esos regímenes temían la posibilidad que bajo la influencia de las ciencias del comportamiento el individuo pudiera liberarse de las pautas represoras que la maquinaria de propaganda gubernamental trataba de imponer. Ilustraciones de esta anti-psicología abundan y se expresaron con mayor claridad en la persecución física de los agentes de salud mental (fueran activos o no en la lucha antidictatorial), y en la negligencia deliberada en que se mantenía a los servicios psiquiátricos, alimentada por una actitud discriminatoria y excluyente en relación a todo ser humano diferente.

El renacimiento de los gobiernos democráticos trajo consigo la reivindicación de los derechos humanos, cuyo rescate, iniciado en los campos políticos y ciudadanos, se extendió al de la atención psiquiátrica. Renació así una toma de conciencia sobre los derechos humanos de toda la población y en particular los derechos de los enfermos mentales; estos últimos fueron incorporados en una Resolución de la Asamblea de las Naciones Unidas que versa sobre los Principios para la Protección de Personas con Enfermedad Mental y el Mejoramiento de la Atención en Salud Mental (4).

En síntesis, un nuevo argumento se incorporó en esa época al discurso más habitual de los profesionales que ya no podían ni querían ser cómplices de violaciones que repugnaban a la conciencia pública. Años más tarde, un estudio en América Central (5) comprobó que los derechos humanos aún se violaban en las instituciones psiquiátricas, tanto por comisión como por omisión, pero ya no rodeaba a esa violación el complot del silencio. La denuncia de esta situación, que alertó a los defensores oficiales de los derechos humanos en los países, abrió la posibilidad de incorporar cambios substantivos en los sistemas de atención de la salud mental.

Las bases epidemiológicas. Los estudios epidemiológicos realizados en América Latina, no obstante sus deficiencias metodológicas, superadas en investigaciones más recientes, habían echado por tierra el concepto de que los trastornos mentales eran un problema de salud pública circunscrito especialmente a los países desarrollados. Si bien esos hallazgos no habían penetrado la conciencia colectiva, los estudios locales y diversas observaciones basadas en experiencias comunitarias, habían persuadido a los participantes de la Conferencia que la atención manicomial sólo cubría una parte muy limitada, no sólo de las necesidades reales sino, incluso, de la demanda manifiesta de atención.

Por otra parte, se hizo evidente que los servicios psiquiátricos y de salud mental, además de ser requeridos por los usuarios tradicionales, también eran solicitados por otros grupos que aumentaban la demanda, tales como las víctimas de conductas violentas, niños y mujeres abusados, los damnificados de desastres naturales o provocados por el hombre y los desplazados y excluidos. Para entonces, ya se había comprobado que las conductas violentas generaban pérdidas de vidas mayores que el cáncer y las infecciones intestinales, enfermedades que ya habían dado lugar a activos programas de salud pública (6). Obviamente, los servicios mentales confinados a los hospitales mentales no podían ofrecer atención adecuada y oportuna a los problemas citados anteriormente. La opinión pública tomaba cada día mayor conciencia de esos problemas y demandaba su atención, particularmente de los relacionados con la violencia doméstica y el abuso de menores.

El panorama epidemiológico por entonces vigente en América Latina, ya de por si abrumador, tenía el potencial de agravarse aún más como resultado de: 1) los cambios demográficos que llevarían como resultado el aumento de los grupos poblaciones en las edades de mayor riesgo de trastornos psiquiátricos en la población adulta; 2) las consecuencias adversas de los procesos de urbanización y marginación descontrolados; y 3) el mayor desempleo, consecuencia de los ajustes de la economía y la globalización.

No sólo la magnitud de los trastornos era fuente de preocupación para los líderes de la salud mental de las Américas reunidos en la Conferencia; también despertaron su interés las consecuencias funcionales de los mismos. En efecto, para entonces ya estaba establecida en la conciencia colectiva de los participantes que los trastornos mentales, al generar discapacidad, restaban posibilidades de supervivencia a las familias abrumadas por la pobreza. De otra parte, las familias estaban obligadas a enfrentar solas esa carga, por no contar ni con los aportes de la persona enferma ni con el apoyo de los inexistentes servicios comunitarios. Ante las circunstancias descritas, era lógico concluir nuevamente que el modelo manicomial vigente no tenía capacidad para dar una respuesta satisfactoria a un cuadro epidemiológico tan complejo y de gravedad tan creciente.

Las bases técnicas. Estas bases tienen su triple origen en América Latina, América del Norte y Europa. En efecto, algunos centros latinoamericanos habían importado modelos de atención que lograron mostrar para entonces, de hecho durante varias décadas, que había otras opciones. Estos modelos alternativos, contrapuestos a los servicios tradicionales de internación, incluían, entre otros, los prestados en hospitales de día y en servicios psiquiátricos en hospitales generales y la provisión de talleres protegidos, albergues autónomos y servicios de atención domiciliaria, todos ellos integrados en una red de atención. Estas nuevas modalidades de asistencia se presentaron como modelos preferibles a la construcción de centros de atención aislados, que seguían el ejemplo del clásico hospital mental. Por lo general, esos cambios ya se habían empezado a producir en algunas naciones gracias a la cooperación de algunos países industrializados y al testimonio de líderes latinoamericanos de la psiquiatría que habían retornado de giras de

estudio por países dentro y fuera de la Región, pero el desarrollo de esas iniciativas era incipiente.

Los países europeos, no se habían quedado en ensayos aislados sino que algunos de ellos habían iniciado procesos de reforma de la atención psiquiátrica de carácter regional o nacional (por ejemplo, humanización de la atención y "deshospitalización"). Estas experiencias también habían sido ensayadas con éxito, aunque en escala limitada, en algunos países latinoamericanos, que fueron precursores del movimiento que culminó con la Declaración de Caracas. (7)

Pero no sólo en el ámbito hospitalario se habían ganado experiencias (aunque no evaluadas enteramente), sino que además se habían producido ensayos de atención en la comunidad que comprendían tanto la atención psiquiátrica directa como la prevención de la enfermedad psiquiátrica y la promoción de la salud mental mediante la acción comunitaria. Con esos ensayos, en los que se abordaba la modificación de ciertos determinantes sociales y culturales, se intentaba desde entonces ofrecer una respuesta más integral para las necesidades de la comunidad (8). Por último, conviene recalcar que la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud había venido apoyando técnicamente a los países en iniciativas de extensión de la atención al medio comunitario. Entre esas iniciativas sobresalen las relativas al desarrollo de instrumentos tendientes a la incorporación de la salud mental en la atención primaria de salud y la prestación de colaboración técnica a fin de apoyar programas en la comunidad, particularmente las de escasos recursos humanos y financieros. Para entonces, OPS/OMS había adquirido suficiente experiencia de trabajo con los países y ganado su confianza, reafirmando su competencia científico-técnica, al tiempo que hacía evidente su capacidad para movilizar recursos. Las estrategias mencionadas permitieron que se constatara que la OPS/OMS estaba preparada técnica y políticamente para liderar el cambio, así como para dar el salto cualitativo necesario para la ejecución de acciones concretas en los países.

Conclusión

Como se puntualizó anteriormente, la gestación, adopción y puesta en marcha de la Declaración de Caracas no ocurrió en un vacío, sino que fue el producto de una serie de factores determinantes de naturaleza técnica, científica, ética y cultural. Por un lado, su formulación y adopción implicaba la crítica al modelo vigente de atención psiquiátrica y por el otro, señalaba nuevas posibilidades para su expansión y enriquecimiento. La oportunidad ofrecida por la Conferencia sirvió a los países para establecer un marco de referencia, sentar las bases de un programa para la acción y consolidar el flujo tanto de recursos latinoamericanos como de países fuera de la Región que generosamente prestaron apoyo.

REFERENCIAS

1. González Uzcátegui R, Levav I (eds). Reestructuración de la atención psiquiátrica : bases conceptuales y guías para su implementación, Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 1991.
2. Levav I, Restrepo H, Guerra de Macedo C. The Restructuring of Psychiatric Care in Latin America. A New Policy for Mental Health Services. *Journal of Public Health Policy* 15:1; 71-85, 1994 (en inglés).
3. Levav I, González R, Saraceno B. La iniciativa para la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina, *Psiquiatría Pública* 8; 207-215, 1996.
4. Organización de las Naciones Unidas. Asamblea General. Resolución A.46/119. New York, 1991.
5. Levav I, González Uzcátegui R. Human Rights of Persons with Mental Illness in Central America. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* Suppl. 399:101; 83-86, 2000.
6. Levav I. Bases epidemiológicas de los programas de salud mental sobre conductas violentas. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* 37:1; 15-23, 1991.
7. Levav I, González R Dos movimientos paralelos: Las reformas en la atención psiquiátrica en América Latina y en España, En García J, Espino A, Lara L, eds. La Psiquiatría en la España de Fin de Siglo, Madrid: Díaz de Santos, 1998.
8. Levav I (ed.). Temas de Salud Mental en la Comunidad, Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 1993.

A QUINCE AÑOS DE LA DECLARACIÓN DE CARACAS: NUEVOS CONOCIMIENTOS E INNOVACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Giovanni De Plato*

Quince años después de la Declaración de Caracas, es necesario realizar un balance para definir los nuevos enfoques que tendremos que adoptar, considerando los rápidos y continuos cambios que imponen los procesos de globalización tanto en los entornos locales como en el plano global.

Se puede afirmar que la Declaración de Caracas, formulada en 1990 constituye para América Latina la primera acción del proceso de globalización de la atención psiquiátrica en relación con el movimiento de la reforma de la asistencia psiquiátrica y de la salud mental. Fue ese el punto de encuentro entre las nuevas experiencias europeas y la situación prevaleciente en los países de la región. A partir de ese momento, algunos países de Europa que tenían experiencias de alternativas al hospital psiquiátrico, particularmente Italia y España, iniciaron una fructífera cooperaron con la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) para participar en la reestructuración de la asistencia psiquiátrica en los países de América Latina.

La citada alianza ha permitido a los países de Europa y de América Latina, intercambiar experiencias sobre:

- Propuestas alternativas al hospital psiquiátrico;
- Desarrollo de servicios psiquiátricos en la comunidad;
- Puesta en marcha de proyectos de investigación científica; y
- Organización de actividades de capacitación para dirigentes y proveedores de servicios.

Estas actividades han sido realizadas como un intercambio de provecho recíproco, sin recurrir a un modelo único que se importa o reproduce mecánicamente. Justamente, mediante la aplicación de las pautas de Caracas y la colaboración europea, se han obtenido variados resultados en los países latinoamericanos que han participado en esta empresa. Las particularidades de cada nación, su trasfondo histórico y cultural y su realidad socioeconómica revisten importancia singular y justifican las diferencias encontradas en la aplicación del modelo. Desde esta realidad de múltiples experiencias y resultados, ha sido posible cobrar impulso para encarar numerosos problemas que aún quedan por resolver en los países. Entre estos se destacan:

a) El papel hegemónico del hospital psiquiátrico que sólo parcialmente ha sido mitigado y sigue recibiendo la mayor parte de los recursos financieros;

* Docente de Psiquiatría, Universidad de Bolonia. Asesor Temporal de la OPS/OMS en Salud Mental

b) La atención psiquiátrica "comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva" que ha sido llevada a cabo sólo parcialmente; y
c) La falta de promulgación, salvo en algunos países como Brasil, de una "Ley de Reforma", lo que constituye un obstáculo al proceso que respaldan dirigentes y prestadores de servicios.

Las prioridades establecidas en la Declaración de Caracas ponen de manifiesto que la correspondiente a una legislación de reforma aún no ha llegado a concretarse. Cabe destacar que los cambios en el plano legal también implican una reforma del conocimiento científico y de la práctica clínica (1). En efecto, muchas veces los mismos servidores que se declaran reformadores no mantienen su compromiso con la reforma o están imposibilitados de hacerlo.

También conviene subrayar que los conocimientos alcanzados por la moderna investigación científica sobre los múltiples y complejos factores que intervienen en el origen del trastorno mental no encuentran en el campo de la práctica clínica y la experimentación una aplicación coherente. Respecto a este problema se pueden considerar tres temas sobre los cuales es necesario reabrir la discusión entre los reformadores: la interacción de los factores, la interdisciplinariedad y la continuidad terapéutica.

Interacción de los factores

Para la psiquiatría moderna, el descubrimiento de la multifactoriedad constituye un punto culminante. La influencia de los factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales en la génesis y curso del trastorno mental y el malestar psíquico es un hecho reconocido (2). Sin embargo, la investigación sobre este punto fundamental tropieza con serias dificultades. Esta situación ha llevado a algunos psiquiatras a refugiarse en presuntas certidumbres de la psiquiatría clínica que, con su determinismo en la naturaleza biológica de la enfermedad mental y la naturaleza social del malestar psíquico, parecieran simplificar un presunto dilema.

La división entre naturaleza y ambiente y la diferenciación entre trastorno y malestar se presenta, en realidad, como un artificio para evitar las dificultades de averiguar con mayor profundidad sobre la unidad y complejidad de los fenómenos psíquicos. La investigación vuelve a concentrarse en determinar si en la etiopatogenia del trastorno mental y el malestar psíquico interviene predominantemente un factor único, contraponiendo así la psiquiatría clínica y la psiquiatría social. En muchos servicios, que se definen de "psiquiatría comunitaria" se sigue usando la definición de psiquiatría dinámica y se habla sin distinción de trastorno mental o enfermedad mental grave y discapacitante. Por otra parte, los conceptos de "enfermedad" y ‘’discapacidad" son típicos de la psiquiatría manicomial, hospitalaria, clínica y biologisista.

Interdisciplinariedad

Este es otro punto crucial de la psiquiatría comunitaria que permite la definición de su ámbito mediante la contribución de materias tan diversas como la antropología y la medicina. El conocimiento alcanzado sobre el carácter multiforme del trastorno mental y del malestar psíquico constituye un nuevo campo operativo interdisciplinario que revoluciona las ideas tradicionales y crea nuevas modalidades de operar (3). La revisión crítica de la psiquiatría clínica lleva a muchos psiquiatras a creer que se puede acreditar a la psiquiatría como una rama de la medicina, con una competencia específica (exclusividad sanitaria) que tiene su centro en la prestación terapéutica (centralidad hospitalaria). En muchos servicios de psiquiatría de comunidad se acepta erróneamente la distinción entre los servicios de salud mental y los de psiquiatría. Esto se debe a la existencia de un obstáculo cultural y científico que impide entender a dirigentes y prestadores de servicios que la salud mental incluye a la psiquiatría, en cuanto el trastorno mental necesita un contexto de atención a la salud de la persona, para obtener mayor eficacia a través del tratamiento.

Continuidad terapéutica

El último punto estratégico en relación con los servicios psiquiátricos en la red comunitaria se concentra en la validez del proyecto terapéutico personalizado y en la asistencia a la persona mediante un programa integrado. La articulación de las respuestas terapéuticas con el ámbito sanitario y social garantiza la eficacia del tratamiento, ya sea del trastorno mental o del malestar psíquico. El enfoque multidisciplinario, abierto a los nuevos conocimientos y al compromiso del trabajo en equipo, genera frecuentemente una reacción de intolerancia por parte de algunos operadores psiquiátricos. Es ésta una de las causas posibles del error en que se incurre al avalar nuevamente el modelo de discontinuidad de la psiquiatría institucionalizada. Esta última considera la internación como el momento central de la terapia, a la cual se subordinan las intervenciones ambulatorias o domiciliarias, según una jerarquía que simplifica todo el proceso de la atención. En muchos programas de psiquiatría comunitaria, el servicio psiquiátrico del hospital general no forma parte del centro comunitario de salud mental y perdura en su autonomía aislado de los demás servicios comunitarios.

Este enfoque esquemático basado en una concepción dualista, es aplicado tanto a la psicopatología como al tratamiento, es decir, comprende desde las categorías de análisis hasta las técnicas terapéuticas. Ello explica el conflicto actual que encontramos también aun en la propia psiquiatría de la reforma.

Es oportuno recordar que el Consejo Regional Europeo de la Federación Mundial de la Salud Mental ha discutido la posibilidad de separar la salud mental de la psiquiatría. A favor de la separación se han pronunciado algunos calificados psiquiatras, quienes con una postura científica presuntamente de avanzada han planteado la necesidad de una neta distinción disciplinaria entre el campo propio de la salud mental y el que corresponde a la enfermedad mental. Como subraya la crítica de Manuel Desviat en un editorial, Fuller Torrey, (psiquiatra del Hospital Sta. Elizabeth de Washington) sostiene increíblemente que la "enfermedad mental" no pertenece al campo de la salud mental (4). Desviat refiere que según Kendell (del *Scottish Office*), el dualismo especializado se impone debido al conocimiento documentado de que "la mayoría de las enfermedades mentales tiene una base biológica y una parte de ellas se trasmite por factores genéticos" (4).

Para obtener conclusiones de estas teorías desactualizadas, el editorial de John Henderson, (publicado hace algunos años en *Mental Health Observer*) es ilustrativo al escribir:

> "... desde una perspectiva práctica, el divorcio [entre psiquiatría y salud mental] conlleva la eliminación del Departamento de Salud Mental… y en consecuencia, será necesario suprimir la División de Salud Mental de la OMS. Los departamentos de psiquiatría se abolirán y serán sustituidos por los de neuropsiquiatría. La salud mental se incluirá bajo el dominio de las ciencias sociales, dentro del departamento de servicios sociales" (4).

Resulta evidente que todavía no se ha superado el riesgo de que se vuelvan a generalizar teorías infundadas, basadas en datos parciales y que se lleguen a presentar como remedios absolutos, derivados de ideologías desprovistas de valores humanos.

El impulso al proceso de reforma

El camino señalado por la Declaración de Caracas debe ser acompañado por un proceso de revisión crítica de la teoría y la práctica, no sólo de la medicina manicomial, sino de la ambigüedad de algunas formas de psiquiatría comunitaria implementadas en algunos países. La adhesión a los principios que la respaldan requiere fundamentalmente la adquisición de un compromiso con el conocimiento científico fundado en la investigación moderna y en la práctica asistencial alimentada por la evidencia clínica.

Hace falta revivir con nuevo ímpetu el proceso de reforma, reforzándolo con nuevas iniciativas respaldadas por los últimos conocimientos científicos (5). A estos fines, las acciones renovadoras deberán concentrarse en dos elementos relevantes del proceso:

- los servicios alternativos a la internación en el hospital psiquiátrico, particularmente la creación de suficientes servicios psiquiátricos en los hospitales generales y la habilitación de nuevos servicios y estructuras en la comunidad;

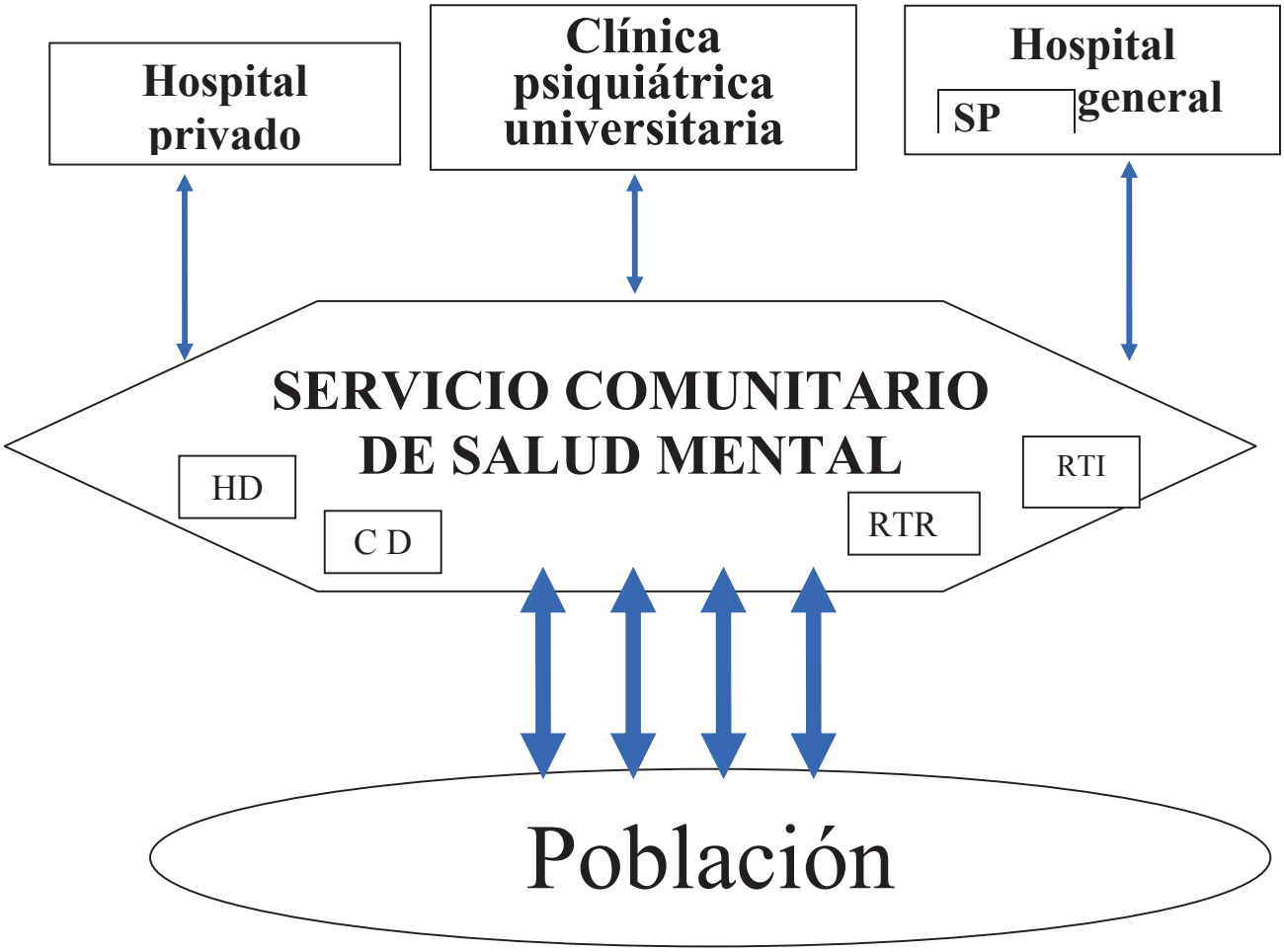
- los servicios en la comunidad, como centros de acceso, prevención, cura y rehabilitación, ya que funcionan como entes reguladores de la atención, asistencia, internación hospitalaria, capacitación y reinserción social.

Los servicios mencionados pueden reforzarse si se reduce la centralidad del hospital psiquiátrico mediante las siguientes providencias:

- suspensión de nuevas internaciones;
- rehabilitación de personas que han permanecido internadas por largos períodos; y
- creación de pequeñas estructuras protegidas para acoger a las personas rehabilitadas carentes de familia.

Es necesario, además, que se desarrolle y se potencie un servicio de atención psiquiátrica comunitario como "Servicio de Salud Mental" y como centro regulador de la red de servicios sanitarios públicos y privados según lo ilustra el esquema de la figura 1.

Figura N° 1. Red de Servicios Sanitarios Públicos y Privados



SP: Sala psiquiátrica
HD: Hospital de día
CD: Centro de atención diurna
RTI: Residencia para tratamientos intensivos
RTR: Residencia para tratamiento de rehabilitación

La experiencia hasta ahora alcanzada demuestra la necesidad de una evolución posterior, a partir de una nueva perspectiva científica y asistencial. Transcurridos quince años después de la Declaración de Caracas, el cambio de la Psiquiatría Comunitaria a la Psiquiatría de la Salud Mental es un imperativo ineludible.

La salud emocional y mental es un constituyente de la salud general, hecho que se pone más en evidencia ahora, cuando la salud de la población está amenazada por el bioterrorismo, el miedo y la inseguridad. Estos dos últimos aspectos se presentan hoy bajo las formas de epidemias o pandemias de malestar psíquico. Así es que en el año 2005 estas nuevas patologías han llegado a colocarse al lado de formas tradicionales de los trastornos mentales. Las proyecciones de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) hechas para el año 2020, basadas en la investigación epidemiológica correspondiente al año 1990, no tienen posibilidad de cumplirse, dada la situación ya observada en la actualidad (8). Véanse los cuadros 1 y 2.

Cuadro N° 1. Primeras 10 causas de AVAD perdidos en el mundo, para ambos sexos, en 1990

Enfermedad o lesión	AVAD (millares)	% acumulativo
Todas las causas	1.379.238	
1. Infecciones de vías respiratorias bajas	112.898	8,2
2. Enfermedades diarreicas	99.633	15,4
3. Lesiones perinatales	92.313	22,4
4. Depresión	50.810	25,8
5. Cardiopatía isquémica	46.699	29,2
6. Enfermedades cerebrovasculares	38.523	32,0
7. Tuberculosis	38.426	34,8
8. Sarampión	36.520	37,4
9. Accidentes de tránsito	34.317	39,9
10. Anomalías congénitas	32.921	42,3

Fuente: Desjarlais R., Eisenberg L. (6), 1998

Cuadro N° 2. Primeras 10 causas de AVAD perdidos en el mundo, para ambos sexos, proyectadas par el año 2020

Enfermedad o lesión	AVAD (millares)	% acumulativo
Todas las causas	1.388.836	
1. Cardiopatía isquémica	82.325	5,9
2. Depresión	78.662	11,6
3. Accidentes de tránsito	71.240	16,7
4. Enfermedades cerebrovasculares	61.392	21,1
5. Pneumopatías crónicas obstructivas	57.587	25,3
6. Infecciones de vías respiratorias bajas	42.692	28,4
7. Tuberculosis	42.515	31,4
8. Guerra	41.315	34,4

ERROR: syntaxerror
OFFENDING COMMAND: --nostringval--

STACK:

(
OS/2 WXv Ì ‘cvt !ç7 , àfpgmsJ§ jglyf m« ¾¤ –PheadåX R
)
-mark-
/sfnts
false