

La promoción de los Derechos Humanos, la adecuación de la legislación y la reforma de la atención en Salud Mental: a XXVII años de la Declaración de Caracas.

Itzhak Levav
MD, Dip. Psych, MSc.

La atención en salud mental ha hecho progresos notables en América latina en las décadas últimas. No obstante, la deuda que aún los gobiernos mantienen con las comunidades sigue siendo no menos notable. Y, aun la que mantienen los profesionales de salud mental a pesar de sus afanes.

En efecto, el examen de los resultados del estudio cuidadoso del sistema de salud mental por medio del WHO-AIMS y los Atlas de actualización periódica de casi todos los países de América Latina y el Caribe inglés, ha revelado una situación poco satisfactoria, entre otros aspectos, en cuanto al desarrollo de programas y servicios, la brecha de la atención, el predominio del hospital mental en la red de asistencia y el número de los recursos humanos.

Además, es penoso comprobar que los servicios de salud mental – escasos, en relación a las necesidades; poco accesibles, como resultado de altos costos o la

inequitativa distribución geográfica; en oportunidades, de baja calidad; e indiferentes a los marcos culturales de donde provienen los usuarios – incurrir en más o menos groseras violaciones de los derechos humanos.

Un examen adicional basado en otras fuentes de información, cuyo resultado lleva a cuestionar el predominio casi absoluto de las acciones curativas en los programas y servicios, revela que expectativas optimistas sobre el éxito terapéutico de los psicofármacos de desarrollo más reciente no han sido llenadas: los resultados no superan por lo general el logrado por los anteriores, amén de tener efectos adversos.

Esa situación crítica del sistema de salud mental, que requiere de cambios urgentes en el área curativa, se agrava en virtud de la omisión frecuente de ofertas de acción, no obstante estar existentes en la literatura, en las áreas de prevención primaria, promoción de la salud mental y de rehabilitación psicosocial. Estas brechas de la atención se mantienen no obstante el tiempo transcurrido desde la Conferencia de Caracas en 1990.

La satisfacción que refleja el comienzo de este artículo por los logros de las últimas décadas no puede eclipsar la carga enorme de los trastornos mentales – medida por la muerte prematura y los años vividos con discapacidad.

Tampoco puede eclipsar la percepción que la expresión estadística que mide la carga no recoge en su seno, entre otros impactos, el sufrimiento del usuario y sus familiares, el efecto adverso en los individuos y familias que tratan la superación de la pobreza, donde son mayores la tasa de prevalencia de los trastornos, y los costos económico y social inmensos que debe enfrentar la sociedad.

Esta situación crítica demanda una alta complejidad técnica para hacerle frente. Pero su implementación encuentra obstáculos en el camino. Un obstáculo difícil de desembarazarse lo constituye la obstinada adhesión ideológica –hueca de bases científicas- al superado hospital mental como única o la más privilegiada modalidad de atención. Así se advirtió en Caracas en 1990 y temo que aún está vigente, tal como se refleja en la oposición a la ley de salud mental que adoptara la Argentina.. Otro obstáculo lo constituye la dificultad de abrir una brecha en el sólido muro del estigma estructural, -que se refleja en la baja prioridad dada a salud mental por partes de las instituciones del estado-.

La Alianza

Esta constelación de factores adversos al cambio es seguramente más factible de ser enfrentada merced a una alianza entre los profesionales de la salud mental, los

del derecho, los legisladores, y, por supuesto, los usuarios y sus familiares, y los involucrados en la abogacía por la salud mental. Alianza que fuera una novedad en la Conferencia de Caracas 27 años atrás, hoy es un sobrentendido en épocas recientes.

Importante es señalar que cuando ambos sectores (derechos humanos y salud mental) colaboran y amplían su alianza a los/las usuarios/as y familiares empoderados y otros actores interesados en el cambio, no solo ganan en democracia sino que también en autoridad moral, técnica y científica. Pero veamos, el Atlas 2014 informó que 29% de los países de AMRO respondieron a la encuesta. La participación de familiares y usuarios se desagregó en 5 áreas. Esta participación varió del 45%, en un área de la participación posible, al 76% en cuanto a la planificación, las políticas y la evaluación. Indudable un magnífico progreso, pero el desiderátum no baja del 100%. Esta es una meta necesaria y realizable. Si no fuera un atrevimiento citar a Martin Luther King diría que *I have a dream*, tengo el sueño que llegará el momento en el cual cada dirección de salud mental tenga por lo menos un usuario y un familiar junto a los técnicos trabajando en salud mental.

Cabe recordar que la alianza intersectorial es también una estrategia necesaria en virtud que sectores amplios

de los profesionales de salud mental, no han hecho o, incluso, sea han opuesto a dar el salto cualitativo necesario para modificar la situación crítica aludida antes, tal como se reflejara en los pasos previos a la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental 26657 en Argentina a fines del año 2010. La ley que es fiel a los principios de la Declaración de Caracas, fue y es objeto de crítica –legítima, sin duda- pero pierde la legitimidad si solo está basada en ideología, no en ciencia, si esquivada fundarse en una evaluación desapasionada. Desafortunadamente, en este caso enfrentamos meros adversarios –adversarios, y no bona fide escépticos-- que pueden persuadir con evidencia y ser persuadidos merced a la evidencia.

Mirando atrás: El comienzo de la alianza

El 14 de noviembre de 1990, la Conferencia para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica adoptó por aclamación la actualmente conocida como Declaración de Caracas (que es anterior en un año a los PRINCIPIOS PARA LA PROTECCIÓN DE LOS ENFERMOS MENTALES Y EL MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL adoptados por las Asamblea de las Naciones Unidas). Un brevísimo examen de la historia y desarrollo de la Conferencia ofrece una oportunidad concreta de examinar de cerca la génesis de la mencionada alianza, con

especial énfasis en los componentes legislativos y los derechos humanos. Esa Declaración se ha convertido en un hito en el camino de la reforma de la atención en salud mental en América Latina y el Caribe inglés, y aun fuera del continente.

La convocatoria a la Conferencia de Caracas, hecha por la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la OMS, y que contara con el auspicio de las mas importantes organizaciones profesionales de las Américas y del mundo, así como por parte de la Comisión Interamericana de los Derechos Humanos de la Organización de los Estados Americanos, se gestó en un momento histórico que la hizo propicia: América Latina acababa de desprenderse de la mayoría de los regímenes dictatoriales –que, es que curioso señalarlo, definían a salud mental como un área diabólica y a los profesionales como objeto naturales de persecución, como si fueran las brujas del medioevo- y en su lugar se producía el renacimiento de las democracias. Con estas, nacía o renacía un discurso diferente que se apoyaba en dos ejes centrales: por un lado, la insatisfacción por la respuesta inadecuada, de carácter científico-técnica, que los países daban a las necesidades de salud mental de sus poblaciones y, por el otro, la repugnancia que producían las violaciones a los derechos humanos de las personas que requerían atención. (Me adelanto, las

violaciones no solo eran y son por comisión sino que eran y, debemos admitirlo, aún persisten por omisión).

De ahí se explica que fuera natural que la Conferencia regional tuviera en su agenda dos componentes íntimamente ligados: por un lado, el componente científico-técnico de la salud mental y, por el otro, el referido a la legislación y los derechos humanos. Este doble componente se reflejó en el documento de trabajo que guió las discusiones y en el hecho que la Conferencia discutió ambos temas en pie de simetría completa. Vale decir, los organizadores y los participantes no concibieron que un proceso de crítica y superación del estado de la atención en salud mental en la Región de OPS/OMS pudiera lograrse toda vez que hubiera distancia, aun mínima, entrambos.

Desde esa Conferencia, ambos sectores, el estrictamente profesional de la salud mental (que incluye a varias disciplinas, entre otras, psiquiatría, psicología, enfermería, trabajo social y terapia ocupacional), y el de las áreas jurídica y legislativa, están llamados a colaborar en relación a varias materias.

Desde la Declaración de Caracas, confirmada tres lustros después por medio de los Principios de Brasilia, en una reunión convocada por la OPS/OMS y el gobierno

de Brasil, y, especialmente, su incorporación formal en las políticas de salud mental de la OPS/OMS por voluntad de los Estados Miembros, se han producido resultados tangibles de la alianza. Esos resultados se reflejan, por ejemplo, en casos de violaciones de los derechos humanos en instituciones psiquiátricas que fueran tratados por la Comisión Interamericana de los Derechos Humanos. La Comisión ha incorporado el tema de la atención psiquiátrica en su agenda, tal como sucediera en Ecuador, Paraguay y Brasil, entre otros países.

Estos juicios visibles y aleccionadores han servido a los trabajadores de la salud mental, en todas las funciones del sistema en las cuales operaren, para advertirles que las violaciones no solo han cesado de ser toleradas en la Región, sino que también deben ser eliminadas a fin de elevar la calidad de la práctica, y como resultado hacerla más satisfactoria para todas las partes, proveedores y usuarios. Permítanme insistir: el énfasis en la calidad de atención tiene altas posibilidades de disminuir los riesgos de violaciones y, recíprocamente, el celoso respeto por los DDHH eleva el nivel de la calidad de la atención. Es por eso que la OMS produjo un instrumento para evaluarla pero esta, nótese bien, viene acompañada de la evaluación del grado de respeto de los derechos humanos en los servicios.

En cuanto a los usuarios y sus familias, esos juicios en diversos países sirven para indicarles que el sistema jurídico-legal está dispuesto a protegerlos frente a las diversas agresiones que pueden hacerlos víctimas del sistema.

Afortunadamente, la alianza ha sido objeto de continuos refuerzos. En efecto, en la actualidad, la Declaración de Caracas ha sido superada en varios aspectos por varias Convenciones adoptadas por la Naciones Unidas, entre ellas, la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes y la Convención de los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad, que fuera no solo firmada sino que también ratificada por la mayoría de los países de la Región de OPS/OMS. No olvidemos, esas son vinculantes y, por tanto, obligan a todos los sectores de los países. Naturalmente, para que tengan vigencia palpable es necesario que se vigile de cerca sus cumplimiento así como certificar que las nuevas legislaciones las tengan como guía y base de las mismas.

La agenda inconclusa de la alianza

Las acciones de salud mental que se desarrollan en la Región por parte de los servicios, públicos, y especialmente los privados, son las curativas.

Digamos sobre las acciones curativas, que éstas son más efectivas cuanto más tempranas son iniciadas, cuando son de calidad y cuando son adecuadas culturalmente. Y son más apropiadas si se prestan en la comunidad y cuanto menos reducen el ejercicio de los distintos roles que le cabe desarrollar a la persona. Así sucede en todas las edades, incluso en los/as jóvenes, quienes no debieran interrumpir su escolaridad, aun cuando estén afectados/as por un trastorno psiquiátrico. Asegurar que los servicios tengan estas características es tarea de la alianza. Pero tal como he dejado soslayar con el logro de éstas no se agota la agenda de la alianza.

Como dijera antes, la alianza sacó de la sombra a las víctimas de las transgresiones de los derechos humanos en los servicios psiquiátricos. No obstante el logro notable, hay más transgresiones cuyas correcciones aun no han sido o apenas han sido iniciadas. Estas son las transgresiones por omisión, en las áreas de rehabilitación psicosocial, prevención primaria de los trastornos psiquiátricos y la promoción de la salud mental. La gravedad de las transgresiones se acrecienta en razón de que la promoción y la prevención primaria involucran a grupos aún más grandes de la población de las que son foco de la atención curativa.

En la Región con escasa frecuencia se prestan acciones de rehabilitación psicosocial. La violación en este caso al derecho a la salud es notable: nadie admitiría que una persona que ha sufrido una fractura y que ha requerido intervención quirúrgica no obtuviera acceso a la fisioterapia. La atrofia generada por la inmovilidad, que fuera necesaria para la curación, se convierte en un problema secundario - y la discapacidad funcional que le sigue, un déficit para la persona.. y un déficit en la calidad de la atención del servicio. Este ejemplo de mala práctica es objeto de crítica por los pares y pasible de pena por parte del sistema judicial si el paciente recurre a un juicio. No obstante, la persona que hubiera estado afectada por la reducción de la capacidad funcional en distintas áreas del vivir (familia, trabajo, educación, residencia, entre otras consecuencias) como resultado de un trastorno psiquiátrico severo raramente accede en la Región a la rehabilitación psicosocial. Y eso sucede no obstante que la Convención de las Personas con Discapacidad establece en su

Artículo 26 sobre habilitación y rehabilitación

1. “Los Estados Partes adoptarán medidas efectivas y pertinentes, incluso mediante el apoyo de personas que se hallen en las mismas circunstancias, para que las personas con discapacidad puedan lograr

y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida. A tal fin, los Estados Partes organizarán, intensificarán y ampliarán servicios y programas generales de habilitación y rehabilitación, en particular en los ámbitos de la salud, el empleo, la educación y los servicios sociales...”

Una segunda transgresión por omisión se refiere a la prevención primaria. He aquí donde reside la gran deuda que la sociedad tiene con la población en razón de ser la gran área ausente en las acciones del sistema de salud mental. Esto sucede no obstante su importancia. Una indicación de esa importancia puede recogerse en el hecho que más de 500 expertos de salud mental en el mundo identificaron a la prevención primaria a la cabeza de las listadas como acciones prioritarias que generarían un cambio positivo en la atención de la salud mental.

Vean Uds: Según el Atlas 2014 de la OMS, solo un tercio de los países de la Región cuentan con por lo menos 2 programas que deben llenar 2 de las 3 siguientes condiciones: tener personal y financiación asignados especialmente y/o un esquema definido de implementación y/o evaluación de progreso o impacto.

Esta profunda deuda es inadmisibles: la ciencia ha generado conocimiento sobre las posibilidades de prevenir un número importante de trastornos y condiciones, y las acciones de prevención primaria que se han desarrollado están basadas en la evidencia. Por ejemplo: si se visitara a una madre, en especial si fuera joven y soltera, en el periodo pre- y post-natal se puede lograr, que el amamantamiento se prolongue, que el castigo corporal se reduzca y que la incidencia de la conducta antisocial del niño y luego del joven disminuya. En esos programas que fueran minuciosamente evaluados las visitas domiciliarias fueron realizada por enfermeras - pero en otros lugares las visitas fueran hechas por voluntarias capacitadas. Otro ejemplo, se ha confirmado repetidamente que el abuso de los niños/as no solo tiene consecuencias psicológicas inmediatas sino que es un factor de riesgo para trastornos en la edad adulta, tal como la depresión, la ansiedad, las ideas suicidas e, incluso, en relación a psicosis. La ciencia, además de haber demostrado los efectos inmediatos y tardíos también ha acompañado el desarrollo de programas preventivos y correctivos, que aun raramente se llevan a la práctica.

Por otra parte, la inversión en prevención primaria es harta conveniente para la sociedad. Véase un ejemplo: Knap, un destacado investigador de la economía de la salud, ha convincentemente demostrado que los costos

de los trastornos de la niñez pueden ser muy altos y permanecer ocultos. Este investigador británico mostró que niños con trastornos de conducta generan costos adicionales en las edades de 10 a 27 años. Estos no solo se relacionan con la salud, como es de esperar, sino con los sistemas de educación y justicia, lo cual agrega riesgos al capital social. La intervención oportuna puede detener el proceso de deterioro y generar ahorros a largo plazo.

Veamos el Artículo 19 de la Convención Internacional del Niño

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.
2. Esas medidas de protección deberían comprender, según corresponda, procedimientos eficaces para el establecimiento de programas sociales con objeto de proporcionar la asistencia necesaria al niño y a quienes cuidan de él, así como para otras formas de prevención y para la identificación,

notificación, remisión a una institución, investigación, tratamiento y observación ulterior de los casos antes descritos de malos tratos al niño y, según corresponda, la intervención judicial.

Por último, las acciones no concluyen con las citadas. También existen evidencias científicas que es posible promover la salud. Es decir, desarrollar acciones que preservan y elevan el nivel del bienestar psicológico, por ejemplo, por medio del refuerzo del apoyo social, el pleno empleo, y la reducción del estrés social. Para abundar en mayores detalles, la evidencia científica ha demostrado que cuanto mejor la persona está integrada y apoyada por su medio social -tanto mayor es su bienestar psicológico y mejores las oportunidades para resistir con éxito, por ejemplo, al estrés generado por las inevitables situaciones adversas a las cuales es imposible escaparles en la vida. En virtud de que estas acciones son de naturaleza inter-sectorial, solo la alianza puede lograr que estas se concreten en la práctica.

Conclusión

Son sobradas las razones que justifican la alianza entre todas las partes involucradas en el quehacer de la salud mental. No obstante, aunque es casi superfluo notarlo, cabe recordar que ni el Plan Estratégico de OPS ni los

esfuerzos de los legisladores por si mismos lograrán corregir ni las violaciones de los derechos humanos por comisión y las incurridas por omisión ni tampoco planificar acciones que intenten responder a las necesidades de salud mental mas salientes, sino se apoyaran en una alianza de todas las partes involucradas, una alianza enérgica, vigilante y solidaria. Solo así se podrán mejorar las políticas, planes, programas y servicios para el beneficio de las poblaciones de la Región tal como dice la Declaración de Caracas en su cierre.

Para lo cual, INSTAN A los Ministerios de Salud y de Justicia, a los Parlamentos, los Sistemas de Seguridad Social y otros prestadores de servicios, las organizaciones profesionales, las asociaciones de usuarios, universidades y otros centros de capacitación y a los medios de comunicación a que apoyen la reestructuración de la atención psiquiátrica asegurando así su exitoso desarrollo para el beneficio de las poblaciones de la Región.

Referencias Bibliográficas

Organización Mundial de la Salud. *El Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental*
new.paho.org/par/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=71&Itemid=9999

Organización Mundial de la Salud. *Mental Health Atlas, 2011*
www.who.int/mental_health/.../mental_health_atlas_2011/en/index.ht..

Sharan P, Levav I, Olifson S, de Francisco A, Saxena S (eds.). *Research Capacity for Mental Health in Low- and Middle-Income Countries. Results of a Mapping Exercise. Global Forum for Health Research and World Health Organization*, Geneva, 2007. (En inglés)

Organización Mundial de la Salud. *Informe Mundial de la Salud, 2011. Nuevos desarrollos, Nuevas esperanzas.* Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2011.

Foucault M. *Historia de la locura en la época clásica.* Fondo de Cultura Económica, México, 1986.

González Uzcategui R, Levav I (eds): *Reestructuración de la atención psiquiátrica: bases conceptuales y guías para su implementación.* Organización Panamericana de la Salud, Washington DC, 1991.

Collins PY, Patel V, Joestl SS, March D, Insel TR, Daar AS. *Grand challenges in global mental health.* *Nature.* 2011; 475: 27-30.

Olds DL Henderson, C. R., Cole, R., Eckenrode, J., Kitzman, H., Luckey, D. et al: *Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized controlled trial.* *JAMA.* 1998; 280: 1238-1244.

Gal G, Levav I, Gross R. *Psychopathology among adults abused during childhood or adolescence. Results from the Israel-based World Mental Health Survey.* *J Nerv Ment Dis* 2011; 199: 222-229.

Gal G., Levav I., Gross R. *Child/Adolescent abuse and suicidal behavior: are they sex related?* *Suicide Life Threat Behav* 2012; 42: 580-558.

Prinz R. J., Sanders M. R., Shapiro Ch. J., Whitaker D. J., Lutzker J. R. *Population-based prevention of child maltreatment: The U.S. Triple P System*

Population Trial. *Prevention Science.* 2009; DOI 10.1007/s11121-009-0123-3

Knapp M., McDaid D., Parsonage M. *Mental health promotion and mental illness prevention: The economic case.* *Institute of Psychiatry at The Maudsley and Kings College.* London, April 2011.

World Health Organization. *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options.* World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht, Geneva, 2004.

World Health Organization. *Promoting Mental Health.* World Health Organization

www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf

ANEXO**DECLARACION DE CARACAS**

Adoptada por aclamación por la Conferencia

Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina

Caracas, Venezuela el 14 de noviembre de 1990

Las organizaciones, asociaciones, autoridades de salud, profesionales de salud mental, legisladores y juristas reunidos en la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud.

NOTANDO.

1. Que la atención psiquiátrica convencional no permite alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva;
2. Que el hospital psiquiátrico, como única modalidad asistencial, obstaculiza el logro de los objetivos antes mencionados al:

a) aislar al enfermo de su medio, generando de esa manera mayor discapacidad social; b) crear condiciones desfavorables que ponen en peligro los derechos humanos y civiles de la persona enferma, c) requerir la mayor parte de los recursos financieros y humanos asignados por los países a los servicios de salud mental, d) impartir una enseñanza insuficientemente vinculada con las necesidades de salud mental de las poblaciones, de los servicios de salud y otros sectores.

CONSIDERANDO,

1. Que la Atención Primaria de Salud es la estrategia adoptada por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud y refrendada por los Países Miembros para lograr la meta Salud para Todos en el Año 2000;
2. Que los Sistemas Locales de Salud (SILOS) han sido establecidos por los países de la Región para facilitar el logro de esa meta, por cuanto ofrecen mejores condiciones para desarrollar programas basados en las necesidades de la población de características descentralizadas, participativas y preventivas;
3. Que los programas de salud mental y psiquiatría deben adaptarse a los principios y orientaciones que

fundamentan esas estrategias y modelos de organización de la atención de salud.

DECLARAN

1. Que la reestructuración de la atención psiquiátrica ligada a la Atención Primaria de Salud y en los marcos de los Sistemas Locales de Salud permite la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales;

2. Que la reestructuración de la atención psiquiátrica en la Región implica la revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios;

3. Que los recursos, cuidados y tratamiento provistos deben: a) salvaguardar, invariablemente, la dignidad personal y los derechos humanos y civiles, b) estar basado en criterios racionales y técnicamente adecuados, c) propender a la permanencia del enfermo en su medio comunitario

4. Que las legislaciones de los países deben ajustarse de manera que: a) aseguren el respeto de los derechos humanos y civiles de los enfermos mentales, b) promuevan la organización de servicios comunitarios de salud mental que garanticen su cumplimiento;

5. Que la capacitación del recurso humano en salud mental y psiquiatría debe hacerse apuntando a un modelo cuyo eje pasa por el servicio de salud comunitaria y propicia la internación psiquiátrica en los hospitales generales, de acuerdo con los principios rectores que fundamentan esta reestructuración;

6. Que las Organizaciones, asociaciones y demás participantes de esta Conferencia se comprometen mancomunada y solidariamente a abogar y desarrollar en los países programas que promuevan la reestructuración, y al monitoreo y defensa de los derechos humanos de los enfermos mentales de acuerdo a las legislaciones nacionales y los compromisos internacionales respectivos.

Para lo cual,

INSTAN

A los Ministerios de Salud y de Justicia, a los Parlamentos, los Sistemas de Seguridad Social y otros prestadores de servicios, las organizaciones profesionales, las asociaciones de usuarios, universidades y otros centros de capacitación y a los medios de comunicación a que apoyen la reestructuración de la atención psiquiátrica asegurando así su exitoso desarrollo para el beneficio de las poblaciones de la Región.