

Tres décadas desde la Declaración de Caracas, un hito para celebrar

Itzhak Levav

Ex-Asesor de Salud Mental,
Organización Panamericana de la
Salud, Washington DC, USA.
Universidad de Haifa, Haifa, Israel.

tuncho_levav@yahoo.com

Benedetto Saraceno

Ex-Director de Salud Mental y
Abuso de Sustancias, Organización
Mundial de la Salud, Ginebra.
Universidad de Nova Lisboa,
Lisboa, Portugal.

Resumen

Tres décadas atrás, en noviembre de 1990 tuvo lugar en la ciudad de Caracas, Venezuela, la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica, que fuera convocada por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y auspiciada por múltiples organizaciones e instituciones regionales e internacionales.

Desde esa fecha, las direcciones de salud mental de los países de América Latina están implementando los principios de la Declaración de Caracas, adoptada en la citada Conferencia, junto con las dictadas por las convenciones internacionales pertinentes. La Declaración postula reorientar la atención psiquiátrica de manera que ésta no se limite al hospital monovalente como única modalidad asistencial, sino que mude el centro de gravedad a la comunidad y abra un rango amplio de alternativas asistenciales. Al intentarlo, la Declaración ha buscado orientar

a los países a fin de que provean una atención más equitativa, basada en los mejores conocimientos científicos existentes, respetuosa de los derechos humanos, íntimamente ligada a la atención primaria de la salud, descentralizada, accesible, continua y preventiva. Las líneas programáticas sentadas por la Declaración fueron aprobadas por los Cuerpos Directivos de OPS/OMS.

Palabras claves: Declaración de Caracas - Derechos Humanos - Promoción de Servicios con base en la comunidad.

Abstract

In November 1990, a number of countries of Latin America adopted what it became known as the Caracas Declaration. The main issues referred by it included: a critique of the dominant and centralizing role played by the mental hospital in mental health care delivery; the safeguard of the personal dignity

and human and civil rights of the service users; the need that services be based on rational and technically appropriate criteria; to ensure that service users remain in their communities; that the national legislations be redrafted to assure the observance of the human and civil rights of persons with mental disorders and to the promotion of community-based services that guarantee the enforcement of these rights; and that training in mental health relies on a service model that is community-based.

Years later, the Governing Bodies of the Panamerican Health Organization/ World Health Organization made it an official component of the mental health policy of the region.

Key words: Caracas Declaration - Human Rights - Promotion of community-based services.

En noviembre de 1990 tuvo lugar en la ciudad de Caracas, Venezuela, la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica. Esta fue convocada por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OMS/OPS) y auspiciada por múltiples organizaciones e instituciones regionales e internacionales.

Desde esa fecha, las direcciones de salud mental de los países de América Latina están implementando los principios de la Declaración de Caracas (ver Apéndice), adoptada en la citada Conferencia, junto con las dictadas por las convenciones internacionales pertinentes. La Declaración postula reorientar la atención psiquiátrica de manera que ésta no se limite al hospital monovalente como única modalidad asistencial, sino que mude el centro de gravedad a la comunidad y abra un rango amplio de alternativas asistenciales. Al intentarlo, la Declaración ha buscado orientar a los países a fin de que provean una atención más equitativa, basada en los mejores conocimientos científicos existentes, respetuosa de los derechos humanos, íntimamente ligada a la atención primaria de la salud, descentralizada, accesible, continua y preventiva.

Posteriormente, las líneas programáticas sentadas por la Declaración de Caracas fueron aprobadas por los Cuerpos Directivos de OPS/OMS.

La necesidad de reestructurar la atención obedeció a diversas razones, las que fueron examinadas en publicaciones anteriores (González *ibid*; Levav *et al.*, 1993) pero que se mencionan a continuación a fin de presentar una relación completa de los desarrollos.

Precisamente los objetivos de este artículo comprenden el examen de las «bases para la acción», los ejes estratégicos que se eligieran para implementar la iniciativa y algunos mínimos aspectos del estado actual de su puesta en acción. Cabe mencionar que, en la Conferencia, amén de los profesionales de la salud mental, participaron técnicos, parlamentarios y juristas latinoamericanos, españoles e italianos, cuyas contribuciones basadas en la reforma psiquiátrica local fueron recogidas en las deliberaciones y en la publicación oficial que las resumiera (González *et al.*, 1991).

Bases para la acción

Bases Epidemiológicas

Las necesidades de atención en salud mental en las poblaciones de América Latina fueron entonces abrumadoras, según fueran reveladas en una revisión de los estudios epidemiológicos realizados en varios países de la región (Levav *et al.*, 1989), y confirmadas posteriormente de manera más detallada (Rodríguez *et al.*, 2009).

Por ejemplo, un estudio multicéntrico realizado reveló tasas de prevalencia con un rango de 19% a 34% en cuanto un grupo de trastornos psiquiátricos que según los investigadores requerían atención (Almeida Filho *et al.*, 1993). Otro estudio, realizado en Chile y que, al igual que el anterior, perteneció a la tercera generación de la epidemiología psiquiátrica reveló que la tasa de prevalencia de vida fue de 33.7% en cuanto al grupo de trastornos psiquiátricos identificados por medio del DIS-*Diagnostic Interview Schedule* (Vicente *et al.*, 2002; Robins *et al.* 1981). Aunque los estudios epidemiológicos realizados en la niñez fueron contados, fue posible estimar que en América Latina había no menos de 17 millones de niños con trastornos psiquiátricos que requerían intervención. Este panorama epidemiológico coincidía con los datos de una publicación, para entonces reciente, del Banco Mundial (Banco Mundial, 1993) que echaba definitivamente por tierra la idea errónea de que los países en desarrollo eran aventajados en comparación con los países industrializados en cuanto se refiere a la morbilidad psiquiátrica. (Datos análogos fueron confirmados tiempo más tarde por Rodríguez *op. cit.*).

Frente a tamaña magnitud de las necesidades, que se estimaran que irían en aumento con motivo de los cambios demográficos que se pronosticaban en los años venideros, permitían concluir que la atención de salud

mental tal cual estaba caracterizaba, mal podía responder a las necesidades antes aludidas. Este panorama, ya de por sí preocupante, se revestía de aun mayor gravedad al considerar la «transición» epidemiológica en curso en los países, así como el peso de los trastornos emergentes. En efecto, en la región se podían identificar dos procesos distintos, por un lado se estaba produciendo la lenta reducción de las enfermedades infecto-contagiosas (dicho con la mayor reserva en razón de los esporádicos recrudescimientos, tal como la epidemia del cólera en Perú y otros países o el dengue, en países de Centro América, y la actual pandemia del Covid-19) mientras que por otro lado aparecieron cargas producidas por el SIDA amén por las conductas violentas en todas sus expresiones, sea por género sea por edades.

Obviamente, la posición insular del hospital monovalente no permitía -ni permite- llenar el papel destinado a cumplir por parte de su personal de las variadas disciplinas y profesiones de la salud mental -que a veces constituye todo o la mayoría del recurso con que cuenta el sector público.

Arriesgando repeticiones, comenzaba a ser obvia que la mera respuesta de la atención confinada al hospital monovalente era tanto insuficiente como obsoleta.

Bases político-culturales

Muchos países de América Latina fueron oprimidos por dictaduras militares que se caracterizaron por el atropello a los derechos humanos. El reemplazo de la mayoría de ellas por regímenes democráticos en la década del 80 conllevó un surgimiento de los reclamos de las poblaciones para que dichos derechos fueran restituidos en todos los ámbitos. El estado de la atención de salud mental fue objeto de una apreciación crítica desde esta perspectiva, llevando a la conciencia colectiva la insatisfacción por la situación que se atravesaba y por ende a la voluntad por mejorarla. En la Conferencia de Caracas, orientados por las declaraciones de organismos internacionales y asociaciones profesionales, los participantes discutieron por vez primera la relación entre derechos humanos y atención en salud mental resultando en la formulación de un cuerpo de recomendaciones que concluida la Conferencia comenzó a implementarse en los países, con el solidario apoyo de instituciones líderes de salud mental de España e Italia.

Bases y antecedentes de atención comunitaria

América Latina, a la sazón, había sido testigo de experiencias de atención comunitaria en salud mental. Probablemente las más significativas y permanentes la cons-

tituyeron los ejemplos de atención de las personas con trastornos psiquiátricos en los hospitales generales, entre otros, en los servicios liderados por los Dres. Carlos A. Sequin y Javier Mariátegui, en Lima, Perú; y el Dr. Mauricio Goldenberg, en Lanús, Argentina. Estas modalidades de cuidado psiquiátrico demostraron localmente la posibilidad de atender a personas con trastornos psicóticos por fuera de los hospitales monovalentes. Otras experiencias que indicaron la factibilidad de la atención ambulatoria, de una lista incompleta, la constituyeron, entre otras, la extensión del cuidado en salud mental por medio de la atención al nivel primario en Cali, Colombia, liderado por el Dr. Carlos León en los marcos de un estudio de la Organización Mundial de la Salud, y el involucramiento de los promotores de salud en el control del alcoholismo y otros trastornos psiquiátricos en el modelo original desarrollado por el profesor Marconi en Chile (González, op. cit).

En fechas próximas a la Conferencia, los profesionales latinoamericanos que buscaban nuevas aperturas apelaron a los modelos europeos de reforma como en España, Italia y, en menor grado, en Suecia.

En resumen, estos antecedentes sirvieron para persuadir a los insatisfechos de la atención manicomial que otras formas eran factibles y que existían tecnologías disponibles en los ámbitos locales. Para precisar aún

más, la crítica al hospital monovalente y su superación por procesos de humanización y extensión a la comunidad, fue la contribución específica que hicieron los técnicos de España e Italia que participaron en la Conferencia de Caracas. En relación a este antecedente de la Reestructuración se conjugaron dos vertientes principales, la experiencia latinoamericana que se apoyaba en la acción comunitaria desde los centros de salud y de salud mental, y la europea, que buscaba reemplazar al hospital monovalente poseedor de alternativas de atención psiquiátrica en la comunidad.

Políticas de salud

El movimiento de descentralización de la atención en salud mental coincidió con el movimiento centrífugo que de manera análoga comenzaba a evidenciarse en los servicios de salud en general. Este movimiento era producto de una respuesta concebida por los países, y apoyada por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, a fin de superar problemas de accesibilidad, cobertura, equidad, participación social y eficiencia de los servicios y al reconocimiento que los servicios altamente especializados de los hospitales no tenían, y aún carecen de oferta suficiente, la capacidad para dar la respuesta múltiple y cambiante de las necesidades de salud mental de las poblaciones.

Respuesta a la Conferencia. La Declaración de Caracas subsume los principios básicos de la Iniciativa. Para implementar ésta se formularon diferentes estrategias (ver a continuación) y se movilizó un cuerpo, solidario y competente, de asesores europeos y latinoamericanos que pudieran orientar y apoyar a los países en esa implementación, en parte novedosa, y resistida en países con culturas centralizadoras, y donde la impronta de largas dictaduras obstaculizaba los esfuerzos de cambio social.

Estrategias de implementación

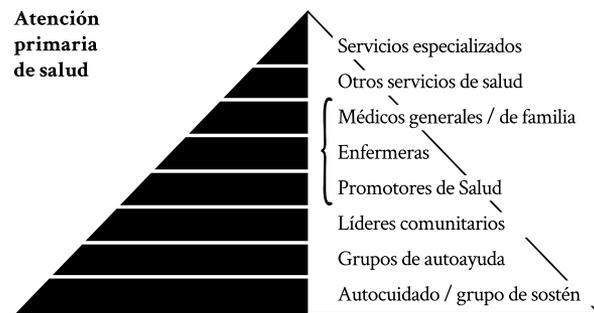
La iniciativa se apoyaba (y apoya) en estrategias varias que se complementan, que cuentan con capacidad de potenciarse y que cuya capacidad técnica escala con el tiempo. En ausencia de conocimientos precisos acerca de cuál debía ser la contribución relativa de cada una de ellas para afectar un cambio, tanto profesional como social y cultural, se hizo necesario avanzar en ejes diversos de manera simultánea. Por consiguiente, OPS/OMS colaboró técnicamente con los países en todos los ejes. A continuación, se los detallan a grandes rasgos incluyendo la consideración de los componentes que los integraran y aún integran.

Mejoramiento de la atención en Salud Mental

Los componentes de este eje son varios y comprenden:

1. El establecimiento o fortalecimiento de la red de atención en la comunidad. Esto está representado en la Figura 1 que la describe en forma de pirámide donde el nivel inferior implica mayor cobertura, mientras que el superior denota un mayor grado de especialización:

Esquema piramidal de distribución de funciones en programas de Salud Mental en la comunidad



Fuente: Levav, 1992.

2. Redistribución de los recursos. Esto implica tanto la reasignación presupuestaria como la distribución del personal, de manera que toda la red pueda operar interconectada y eficazmente;
3. Humanización del trato

- de los/as usuarios/as y apoyo a las familias. La iniciativa implicaba –e implica- una dimensión ética. Esta mención solo sirve para señalar este tipo de compromiso que el proveedor asume en relación a los usuarios;
4. Garantía de la calidad técnica de la atención. Para lograrlo se estimulaba y estimula a los países tanto a adoptar normas consensuadas y probadas de atención, como a establecer sistemas de monitoría por parte de comités de constitución múltiple (v. g. técnicos, personal de apoyo, usuarios).

Promoción y monitoreo de los Derechos Humanos de los pacientes mentales y sus familias

Tal como se aludiera arriba, la Conferencia de Caracas estableció un cuerpo de recomendaciones, cuya implementación requiere de acciones variadas, entre otras:

1. La sensibilización del público y autoridades sanitarias, ya que el cumplimiento de los derechos humanos implicaba desde decisiones de políticas públicas hasta la divulgación de las condiciones imperantes en las instituciones y la sociedad en su conjunto;
2. Movilización de grupos profesionales y de usuarios y familiares, ya que todos estos deben llenar papeles complementarios en la garantía de la existencia y cumplimiento los derechos;
3. Monitoría, dado que el cumplimiento de los derechos no sólo comprende la prescripción de los mis-

mos sino el establecimiento de sistemas que aseguren su ejercicio; y 4. Promoción de leyes, que los objetiven públicamente y establezcan los sistemas de monitoría y evaluación de los derechos.

Adecuación de los programas de formación del personal

Esta constituye una estrategia fundamental por cuanto la iniciativa requiere de recursos humanos, científica y técnicamente capacitados, para operar dentro de la red asistencial citada antes, así como demostrar las actitudes apropiadas para interactuar con los usuarios, familiares y comunidad en general dentro de marcos participativos y democráticos: 1. Adaptación de los programas de enseñanza de pre, post-grado y de educación continua de todas las disciplinas y profesiones de la salud de acuerdo con los postulados y procedimientos propuestos por la Declaración; 2. Traslado de la sede de enseñanza de los hospitales monovalentes, donde se imparte en la actualidad con casi exclusividad en muchos países, a los servicios en la comunidad; y 3. Capacitación de los agentes comunitarios involucrados en algún punto del derrotero de la atención psiquiátrica (ejemplo, personal de policía, líderes comunitarios, tales como los religiosos).

Movilización de profesionales y comunidad

Por medio de esta estrategia se buscaba y se busca integrar a todas las partes involucradas en las acciones de promoción, implementación y defensa de los principios de la Declaración así como del fomento de una cultura más comprensiva y tolerante de las necesidades de las personas afectadas por trastornos mentales. La atención en comunidad implica la desestigmatización del usuario y su familia e, incluso de las instituciones y personal de la salud mental:

1. Diseminación de información sobre los trastornos mentales y los recursos de prevención, control y rehabilitación psicosocial;
2. Divulgación de experiencias innovadoras de atención; y
3. Promoción de políticas públicas, entre otros propósitos, tendientes a facilitar la reintegración plena del/de la usuaria/o en los distintos grupos sociales que integrara o a integrar.

Involucramiento de los usuarios y las familias

Esta es una estrategia que asegura una atención participativa, donde las partes tienen derechos y deberes mutuamente acordados. Se trata no sólo de obtener

consenso, sino también de involucrar a estos actores -razón de ser de la atención- en todo momento de las intervenciones comenzando con la definición de problemas hasta la monitoría y evaluación de las acciones: 1. Estímulo y facilitación del establecimiento de asociaciones y grupos de usuarios/as y familiares; y 2. Incorporación de los/as mismos/as en todos los espacios y momentos administrativos y gerenciales pertinentes.

Actualización de la legislación

Esta estrategia fundamental tenía y tiene como propósito proporcionar un ancla legal a los cambios promovidos por la Declaración, así como un marco de protección de los derechos humanos, comprendiendo: 1. La sensibilización de legisladores, juristas y afines; 2. Revisión de la legislación existente y estímulo a la formación de grupos de trabajo encargados de la formulación de anteproyectos de ley que sigan o inicien discusiones públicas al respecto, tal como fuera el proceso que culminó con la ley 26.657 de salud mental en Argentina.

Logros y barreras

Los principios de la Declaración de Caracas son de cierta compleja formulación y su implementación lo es aún más. Se la interpretó a lo largo de los tiempos y se

la ejecuta de manera diversa en los distintos países de América Latina respondiendo, entre otros factores, al tipo, organización y nivel de desarrollo de los servicios de salud mental. Una vez superada la barrera ideológica, que ha llevado a algunos sectores especialmente profesionales a oponerla, sin necesariamente haber realizado un previo y exhaustivo estudio objetivo de las propuestas y de las opciones que se promoverían como alternativa, es por demás obvio que la complejidad de la Declaración ha hecho y hace difícil el pasaje del discurso a la acción. Hay barreras que se han delineado como presentes en casi todos los países. Estas surgen, por ejemplo, de los temores de repetir el proceso de deshospitalización de los Estados Unidos de Norte América con las cohortes de *usuarios sin techo* deambulando desamparados por las calles de las grandes ciudades. A esos temores se agregan razones objetivas ligadas con la ausencia de una capacidad técnica adecuada que permita enfrentar los múltiples desafíos científicos y técnicos que genera la atención comunitaria.

Conclusiones

A tres décadas de la Conferencia de Caracas es posible afirmar que los países poseen, junto con las convenciones internacionales de derechos humanos, un marco ético, político, científico y técnico en pos del mejoramiento

de la organización de la atención de salud mental, y la transforman en un recurso indispensable y valioso de los servicios de salud. Ejemplos pueden extraerse de la información provista por el Boletín de OPS/OMS que se publicará, bajo la conducción liderada por el Dr. Renato de Oliveira e Souza, con motivo de la observación del 30 aniversario de la Declaración de Caracas.

Referencias Bibliográficas

Almeida Filho N. et al. (1993). *Congreso Mundial de Psiquiatría*, Rio de Janeiro, junio de 1996.

Banco Mundial (1993). *Informe Mundial de Salud*. Washington D.C.

Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) (1990). Declaración de Caracas, Venezuela, 14 de noviembre.

Gonzalez R., Levav I. (Ed.) (1991). *Reestructuración de la Atención Psiquiátrica: Bases Conceptuales y Guías para su Implementación*, Washington, D.C., OPS (HPA/MND 1, 91.

Levav, I. (Ed.) (1992). *Temas de salud mental en la comunidad*, OPS/OMS, Washington, Serie Paltex.

Levav I., Restrepo H., Guerra de Macedo C. (1993). *Reestructuración de la Atención Psiquiátrica*. Acta psiquiátrica y psicológica de América latina, 39: 285-293.

Levav, I. et al. (1989). *Salud Mental para Todos en América Latina y el Caribe. Bases Epidemiológicas para la Acción*, Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 107:196-219.

Rodríguez JJ., Kohn R., Aguilar-Gaxiola S. (2009). *Epidemiología de los Trastornos Mentales en América Latina y el Caribe*. Organización Panamericana de la Salud, Washington DC.

Robins LN, Helzer JE, Croughan J, Ratcliff KS. National Institute of Mental Health diagnostic interview schedule: *its history, characteristics, and validity*. Arch Gen Psychiatry 1981; 38: 381-9.

Vicente BP, Rioseco PS, Valdivia SB, Kohn R, Torres SP (2002). *Estudio chileno de prevalencia en patología psiquiátrica*. Revista Médica Chilena 130:527-536, Disponible en [dx.doi.org/10.4067/S0034-98872002000500007](https://doi.org/10.4067/S0034-98872002000500007)