

La Declaración de Caracas desde la perspectiva Europea

Victor Aparicio Basauri
MD, PhD
Psiquiatra. Ex-Director Regional
de Salud Mental de Asturias
(España)

vabasauri@hotmail.com

La Declaración de Caracas de 1990 sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro del enfoque de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) fue un hito que rompía, a este nivel declarativo, con un modelo institucional asilar y centralizado que no daba respuesta a la ciudadanía en el tema de la atención de salud mental (Levav & González, 1998). En Caracas se visualizó que este modelo iba unido a una situación muy deficiente de los DDHH de las personas con problemas de salud mental. La situación asistencial y de condiciones de vida de los hospitales psiquiátricos era muy deficitaria. El panorama en aquel momento no era muy halagüeño dado que apenas había experiencias innovadoras y la mayoría de los psiquiatras se refugiaban en la vertiente más biologicista con un marcado acento en defensa de las instituciones asilares monográficas. Las experiencias comunitarias de Mauricio Goldenberg en Argentina y de Juan Marconi en Chile (Saraceno, 2018) fueron casos aislados de innovación realizados con gran coraje y perseverancia que

han quedado como ejemplos de que las cosas se pueden cambiar si hay voluntad. Sin embargo, durante la conferencia de Caracas las representaciones de 12 de los 13 países que asistieron fueron muy activas en las discusiones y mostraron su entusiasmo por lo que allí se acordó, con la excepción de la Delegación de México¹. Esta Delegación se opuso a la crítica que se hacía del modelo institucional y defendía un modelo donde se proponía la modernización de las instituciones psiquiátricas clásicas, aunque sin modificar su función como instituciones monográficas, su postura se asemejaba a un “aggiornamento” del asilo. Esta discrepancia permitió un debate amplio, no exento de pasión, pero que al final permitió sacar adelante la Declaración que se iba a convertir en un punto de inflexión en el discurso de la salud mental de Latinoamérica.

Sin embargo, es importante ver los resultados del modelo que México defendió con tanta vehemencia en la Conferencia de Caracas. En 2011, es decir, 21 años después de la Declaración de Caracas se publicó el informe de la evaluación de la atención de salud mental de México realizado con el instrumento IEMS-OMS (OPS-OMS, 2011) y se vio que *“Del total del presupuesto asignado a la salud, solo 2% estaba destinado a la salud mental y, de ese porcentaje, 80% se empleaba para el funcionamiento de los hospitales psiquiátricos. El eje de la atención*

de la salud mental se encontraba en el hospital psiquiátrico y existían muy pocas unidades de hospitalización psiquiátrica en los hospitales generales y establecimientos residenciales, así como servicios específicos para niños y adolescentes. El acceso estaba limitado por la centralización del sistema de atención, ya que la mayoría de los establecimientos se ubicaban en las grandes ciudades” (Berenson et al., 2013). Podemos decir que esta imagen de la atención de salud mental de México mostraba que el país había quedado anclado en un modelo asilar, ineficiente y centralizado, pero que además no servía para abordar los problemas de salud mental de la población y muy lejano al espíritu de la Declaración de Caracas.

En Caracas, entre otras instituciones y delegaciones, estuvieron invitadas una delegación italiana con responsables de los servicios de psiquiatría de Livorno, Parma, Reggio Emilia y Trieste, así como una delegación española de los servicios de salud mental de las comunidades autónomas de Andalucía, Asturias y Valencia. Ambas delegaciones aportaron a la reunión su experiencia consolidada de cómo dar una alternativa a los hospitales psiquiátricos y cómo desarrollar un modelo comunitario de servicios de salud mental. La experiencia italiana era la pionera en la crítica de las instituciones psiquiátricas y en los procesos de desinstitutionalización. El psiquiatra italiano Franco Basaglia

había sido el adalid de estos procesos desde las experiencias de Gorizia y Trieste. Su obra más emblemática “La institución negada”, publicada en español de 1972, permitió expandir sus ideas en el mundo de habla hispana sobre cómo afrontar la alternativa a este tipo de instituciones psiquiátricas. La delegación italiana aportó a los debates su experiencia en el desmantelamiento de los hospitales psiquiátricos, así como los procesos para crear servicios alternativos en la comunidad. En el campo legislativo fue importante debatir sobre la Ley italiana 180 de 1978 que decretaba el proceso para clausurar los hospitales psiquiátricos y también ver como se producían resistencias a los cambios desde los sectores conservadores de la psiquiatría. Estas experiencias mostraban que lo que en alguno momento se vio cómo una utopía podía llegar a ser una realidad, confiable, eficiente y respetuosa con los DDHH.

La delegación española traía en cartera sus experiencias de reforma muy influenciadas por las aportaciones italianas de desinstitucionalización, dado que entre ambos países existía un intercambio continuo sobre estos procesos de innovación que se materializaban a través de las dos organizaciones que agrupaban en cada país a los profesionales reformistas, la “Coordinadora psiquiátrica” en España y “Psiquiatría democrática” en Italia (Aparicio Basauri, 2020). Sin embargo, había pe-

queñas diferencias entre las experiencias de ambos países. El proceso de la reforma psiquiátrica en España no estaba sustentado por una ley específica de salud mental como ocurrió en Italia sino por un documento técnico realizado por el Ministerio de Sanidad y Consumo en 1985 (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985). Tan solo en la Ley General de Sanidad de 1986 se dedicaba un artículo sencillo (artículo 20) al tema de salud mental que dejaba claro que la hospitalización de agudos debía realizarse en los hospitales generales y que había que diseñar estrategias de superación del hospital psiquiátrico (Aparicio Basauri, 1993). El inicio de la reforma psiquiátrica coincidió con la creación del Sistema Nacional de Salud, que conllevó dar un papel clave al nivel de atención primaria de salud. Además, junto a estos cambios legales y normativos, en España echaba a andar una nueva organización territorial en forma de estado autonómico que traspasó la gestión y la planificación sanitaria a las nuevas Comunidades Autónomas por lo que estas tomaron las riendas de la atención de salud mental. Este proceso de descentralización tuvo su impacto en hacer más accesibles los servicios de salud a la población.

Una de propuestas operativas finales de la reunión fue que los servicios de salud mental de Italia y España, presentes en la reunión, colaboraran con los servicios de

salud latinoamericanos en implementar los acuerdos de la Declaración de Caracas. Esa propuesta generó una actividad de cooperación importante sobre todo en la década de los noventa. Sin embargo, una pregunta que ha surgido cada vez que se ha vuelto a celebrar una conferencia en conmemoración de la Declaración de Caracas es ¿qué avances se han producido en la Región de las Américas? Una parte de la respuesta se puede encontrar en los informes de cada país derivados de la aplicación del instrumento de evaluación WHO-AIMS (WHO, 2020) sobre el sistema de atención en salud mental, así como en el Atlas de Salud Mental (WHO, 2017) que recoge periódicamente (2001, 2005, 2011, 2014 y 2017) la situación de los países sobre la atención de salud mental.

Hoy podemos ver que cada vez hay más experiencias innovadoras consolidadas en la Región de las Américas que siguen la senda marcada por la Declaración de Caracas y que son ejemplos paradigmáticos para aquellos que todavía no han iniciado un proceso de cambio. Entre estas podemos destacar la descentralización de la atención de salud mental de Panamá (Herrera, Da Costa & Aparicio Basauri, 2009), el papel de la enfermería en salud mental de Belice (Cayetano, 2009), el proceso de desmanicomialización de Río Negro (Argentina), desarrollo de la atención primaria en Cuba, la territorialización de los servicios de salud mental de

Chile, la reforma psiquiátrica de Brasil, la salud mental comunitaria de Jamaica, ... etc. (Caldas de Almeida, JM. & Cohen, A. (ed.), 2008).

Sin embargo, debemos ver el panorama de la atención a la salud mental desde una perspectiva más amplia. Con este fin he ideado la utilización de una metáfora que he denominado “la mesa de cuatro patas” y que expresa la importancia de elaborar un marco sólido sobre el que se asienten las transformaciones del modelo de atención en salud mental. Las posibilidades de transformación de una estructura de salud mental dependen de “cuatro patas”; la primera el tener un modelo claro sobre la salud mental comunitaria, la segunda el desarrollar normas y leyes que permitan expandir ese modelo comunitario, la tercera la necesidad de una voluntad política que se comprometa con esos cambios y la cuarta contar con profesionales que se impliquen en dar vida a los cambios. Hoy podemos decir que la primera pata de esta mesa para el cambio, corresponde a la existencia de un modelo de salud mental comunitario que sirva de marco para los cambios. De forma general podemos decir que este modelo, viene expresado a través de los planes de acción de salud mental aprobados por la Organización Panamericana de la Salud y por la Organización Mundial de la Salud. Además, este modelo está reforzado con estrategias como el programa mhGAP de

OMS para reducir la brecha en salud mental, a través de la implicación de la atención primaria en abordar ocho condiciones prioritarias en el ámbito de los trastornos mentales y neurológicos. La segunda que hace referencia al desarrollo de normas y leyes, también ha tenido avances importantes pues a los 20 años de la Declaración de Caracas el 66% de los países tenían un plan de salud mental y un 71% lo habían formulado o puesto al día después de 2004 (Rodríguez, JJ. 2014). Cuando nos adentramos en la tercera que hace referencia a la voluntad política la situación ya no era tan halagüeña a los 20 años de la Declaración, por ejemplo podemos ver que el 67 % del presupuesto de salud mental en el conjunto de la región se dirigía a los hospitales psiquiátricos y si analizamos las camas psiquiátricas solo el 22% estaban ubicadas en los hospitales generales (Rodríguez, JJ. 2014). Es cierto que si estos datos los desagregamos por países nos encontramos con situaciones nacionales donde el 90 % del presupuesto se dirige a los hospitales psiquiátricos y en otros países que han realizado reformas donde este porcentaje está por debajo del 50% (Rodríguez & Aparicio Basauri, 2014). El cuarto elemento es el relativo al compromiso de los profesionales y posiblemente es el más delicado, pero a la vez clave para producir los cambios necesarios. La imagen que se trasmite a través de las publicaciones de salud mental de los países, de los temas de salud mental que se

imparten en las universidades o de las reuniones y symposiums que se dedican a la salud mental comunitaria, nos permite visualizar que hay un aumento importante de profesionales sensibilizados y comprometidos con este modelo comunitario. Asimismo, en aquellos lugares donde se han producido cambios significativos el liderazgo de los mismos lo han llevado psiquiatras que ocupaban puestos de decisión. En otros lugares donde no ha habido ninguna modificación del modelo asilar vemos que la resistencia y los obstáculos los han capitalizado los psiquiatras defensores de ese modelo y que a la vez han ocupado cargos de gestión y dirección en las instituciones asilares.

La metáfora de “la mesa de cuatro patas” nos ayuda a entender la complejidad de introducir cambios en la atención de la salud mental y además nos permite trabajar en la búsqueda de estrategias creativas para vencer los obstáculos y conseguir que el espíritu de la Declaración de Caracas se expanda por más territorios.

Referencias Bibliográficas

Aparicio Basauri, V. (1993). La reforma psiquiátrica de 1985. En V. Aparicio Basauri (ed.). *Evaluación de servicios de salud mental*. Madrid. AEN, pp.127-82.

Aparicio Basauri, V. (2020). Spain: The critical movements and the influence of Franco Basaglia and “Democratic Psychiatry”. En T. Burns and J. Foot (ed.), *Basaglia's international legacy: From asylum to community*. Oxford (UK). Oxford University Press, pp. 147-60.

Berenzon Gorn, Shoshana; Saavedra Solano, Nayelhi; Medina-Mora Icaza, María Elena; Aparicio Basauri, Víctor; Galván Reyes, Jorge (2013) Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿hacia dónde encaminar la atención?. *Rev Panam Salud Publica*; 33(4) 252-258,abr. 2013
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892013000400003

Cayetano CE. (2009). Belice: un ejemplo de atención de salud mental en la comunidad. En JJ. Rodríguez (ed.), *Salud mental en la comunidad*. Washington, D.C. OPS, pp.325-31.

Herrera, J. Da Costa; G. & Aparicio Basauri V. (2009). Panamá: la descentralización de los servicios de salud mental. En JJ. Rodríguez (ed.), *Salud mental en la comunidad*. Washington, D.C. OPS, pp.333-38.

Ministerio de Sanidad y Consumo (1985). *Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica*. Madrid. Servicio de publicaciones. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Levay, I. & González, R. (1998). Dos movimientos paralelos: las reformas en la atención psiquiátrica en América Latina y en España. En J. García, A. Espino & L. Lara (ed). *La psiquiatría en la España de fin de siglo*. Madrid. Ed. Diaz de Santos, pp. 389-97.

OPS-OMS (2011). *IESM-OMS Informe Sobre el Sistema de Salud Mental en México* https://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_mexico_es.pdf?ua=1

Rodríguez, JJ. (2014). Mental Health in Latin America and the Caribbean. *Int Psychiatry* 2014 Feb; 11 (1): 6-8.

Rodríguez, JJ. & Aparicio Basauri, V. (2014). Monitoring the progress of countries. En S.O. Okpaku (ed.) *Essentials of global mental health*. Cambridge (UK). Cambridge University Press, pp.416-24.

Saraceno, B. (2018). *Discurso global, sufrimientos globales. Análisis crítico del movimiento por la salud mental global*. Barcelona. Herder.

WHO (2017). *Mental Health Atlas*.
https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2017/en/

WHO (2020). *WHO-AIMS country reports*.
https://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/en/

Caldas de Almeida, JM. & Cohen, A. (ed.) (2008). *Mental Health Programs in Latin America & the Caribbean*. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/2792/9789275129067-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Notas

1 La Delegación Mexicana formaba parte del equipo del Dr. Ramon de la Fuente, director del Instituto Nacional de Psiquiatría de México.

