

EL DESARROLLO DE LA SALUD MENTAL Y LA LEGISLACION DE LA ATENCION PSIQUIATRICA EN LATINOAMERICA

Cuad. Méd. Soc. XXXVIII, 2, 1997/ 72-77

Mónica Bolis*

INTRODUCCION

En noviembre de 1990 se celebró en Caracas la Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina. El propósito de la Conferencia fue la formulación de un esquema de referencia para la reestructuración de la atención psiquiátrica convencional en Latinoamérica, y la promoción de esas transformaciones de acuerdo con los principios formulados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

El encuentro reunió delegados de varios países de Latinoamérica e instituciones internacionales, entre los cuales había expertos en salud mental, miembros de las secciones legislativas y judiciales del gobierno y administradores públicos. La Conferencia culminó en una sesión plenaria, en la cual la Declaración fue lanzada. La importancia de esta Declaración en el campo de la legislación de la salud mental quedó explícita en el punto 4 de la sección de Considerandos, donde se establece que "la legislación nacional debería ser adaptada de modo que: a) asegure el respeto por los derechos humanos y civiles de los enfermos mentales, y b) promueva la organización de servicios comunitarios de salud mental que garanticen el cumplimiento de estos derechos".

Mediante la Declaración de Caracas las organizaciones internacionales y nacionales, autoridades participantes, instaron al "Ministro de Salud y

Justicia, Parlamento, sistemas de seguridad social y otros proveedores de servicios de consumidores y grupos defensores, universidades y otras instituciones de enseñanza y a los medios de comunicación que apoyen la reestructuración de la atención psiquiátrica, asegurando así su exitoso desarrollo para el beneficio de la población de la Región".

Desde la perspectiva legal de la Declaración de Caracas, se hizo posible llevar a cabo dos cosas que hacen que valga la pena referirse a la Declaración, cada vez que la legislación de la salud mental es discutida. Para empezar, la Declaración de Caracas permitió dirigir la naturaleza de la actual regulación de todos los grupos comprometidos en este tema, así como el nivel de los que toman decisiones. La estrategia fue relevante porque creó nuevos mecanismos de cooperación, que más tarde tendrían una influencia significativa en la forma en que el proceso de reestructuración de la atención psiquiátrica se desarrolló.

La Declaración de Caracas llamó también al mejoramiento de la legislación de la salud mental que en un proceso a pesar de lento está en franco avance. Además, al llamar a participar a todos los segmentos de la sociedad a apoyar la reestructuración de la atención psiquiátrica, la Declaración de Caracas contribuyó a un proceso que intensifica la participación de la sociedad civil, abogando por la defensa de los derechos humanos y civiles de los enfermos mentales.

En vista de lo expresado arriba, el propósito de

* Regional Health Legislation Advisor, Public Policy and health program, Division of Health and Human Development, OPS/OMS. Presentado en el XXIII Congreso Internacional sobre legislación y salud mental. Montreal, Quebec, Canadá, junio de 1997.

esta presentación es analizar la naturaleza y el alcance de la legislación de salud mental en América Latina, cómo fue o no fue influenciada por el evento de Caracas. Aparte del aspecto regulatorio, la revisión también identificará mecanismos que puedan ser útiles para el impulso del mejoramiento de la legislación de la salud mental con énfasis en la protección de los derechos humanos y civiles de los enfermos mentales, así como también para permitir la efectiva implementación de esa legislación.

CARACTERISTICAS DE LA LEGISLACION MENTAL EN LATINOAMERICA

La Conferencia de Caracas impulsó un análisis de la salud mental en América Latina. El estudio, el cual incluyó todos los países en las subregiones, llegó a las siguientes conclusiones:

- A pesar de que la legislación trató de considerar la multiplicidad de factores que influyen en el proceso de salud mental, muchos de los problemas continuaron manifestándose. En primer lugar y definido según los legisladores y expertos en salud mental que asistieron a la Conferencia, como la mayoría de los estándares conservados, esas normas no fueron aplicadas. En la práctica, las estructuras existentes de atención no se ajustaban a las medidas que, en algunos casos, contenían las bases que harían posible incorporar una variedad de factores comprometidos en el proceso de salud mental; por consiguiente, tampoco se encontró una estructura empírica proclive a la protección de los derechos de los pacientes.
- Ninguno de los países estudiados tenía una ley específica en salud mental que regulara todos los aspectos desde una perspectiva holística. Generalmente, temas de salud mental están formulados en códigos de salud o leyes generales de salud que son totalmente capaces de establecer principios generales. Comisiones y comités de consejos técnicos fueron creados para la administración de algunos servicios, o para regular entidades dedicadas a la atención de salud mental.¹

- Por lo tanto, se acordó que las estructuras legales existentes, favorecieron la perpetuación del ya obsoleto modelo de atención de salud mental. Como consecuencia, en la mayoría de los países de Latinoamérica la atención psiquiátrica está principalmente centralizada en hospitales psiquiátricos.² Este fenómeno produce resultados negativos en tres áreas: la atención del enfermo, el entrenamiento de los recursos humanos y la protección de los derechos humanos y civiles de los pacientes.

En el primero de los aspectos mencionados, los hospitales psiquiátricos generalmente son incapaces de corregir las necesidades de atención mental, principalmente porque ellos cambian continuamente en respuesta a la multiplicidad de factores, mientras las instituciones locales permanecen inactivas.

En referencia al entrenamiento de los profesionales de la salud, la centralización de los servicios en los hospitales psiquiátricos favorece la concentración de atención médica de especialistas. Como resultado, la atención a los pacientes externos, a segundo nivel, tiende a sufrir. Los estudiantes de psiquiatría no son alentados a tratar pacientes dentro de sus familias y comunidades. Esta situación, a su vez, promueve una cultura médica orientada hacia el tratamiento de los trastornos mentales, principalmente en hospitales psiquiátricos. Cuando los programas de comunidades están en uso, ellos reciben poca prioridad, motivo por el cual permanecen en subdesarrollo.³

Con respecto a los derechos humanos y civiles de los pacientes, la falta de patrones claros es motivo de que en hospitales psiquiátricos, como en todas las instituciones mentales, las violaciones sean frecuentes, especialmente cuando ello se refiere a la privacidad. También a los pacientes se les priva el acceso al tratamiento conforme a la naturaleza e intensidad de su condición, ya que ellos son mantenidos en salas junto con pacientes con diferentes necesidades. Finalmente, el hospital mental fortalece el estigma que tradicionalmente ha rodeado a los pacientes con trastornos mentales, a sus familias y el personal médico encargado de su atención. Esta situación daña la integración

¹ "Legislación vigente en América Latina que rige la organización de servicios psiquiátricos". González Uzcátegui, R. Levav I., eds. Reestructuración de la atención psiquiátrica: bases conceptuales y guías para su implementación. Memorias de la Conferencia regional para la reestructuración de la Atención Psiquiátrica. Caracas, Venezuela, 11-14 de noviembre, 1990. PAHO/WHO- Mario Negri Institute, 1991, pp. 79-90.

² "Situación actual de la asistencia psiquiátrica en América Latina". *Documento Básico de Trabajo. Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica*, pp. 6-9.

³ *Ibid.*

de los pacientes a la comunidad. Más todavía, los pacientes con trastornos mentales no reciben usualmente servicios consultivos antes de su ingreso al instituto de salud mental y una vez que ellos están afuera no tienen tratamiento complementario.⁴

- Finalmente, la falta de aplicación práctica de las provisiones en la atención psiquiátrica y salud mental también fue observada. Este fenómeno fue causado principalmente por la falta de condiciones adecuadas, estructuras institucionales y un real acceso al sistema de salud.⁵

NUEVAS TENDENCIAS EN LA LEGISLACION DE LA SALUD MENTAL

Las nuevas tendencias en la legislación de la salud mental en América Latina obedecen a factores determinantes:

- La Declaración de Caracas impulsó a algunos países de América Latina a revisar su legislación en atención psiquiátrica con el propósito de adaptarse a sus principios. Es posible identificar dos instrumentos legales que han incorporado específicamente los principios de la declaración. La primera, en Costa Rica, decreto N° 20.665 del 25 de julio de 1991, que expresamente se refiere a la declaración y establece que el Plan Nacional de Atención Mental será desarrollado de acuerdo con la declaración. El decreto también manifiesta que los programas de salud psiquiátrica y mental se incorporarán a los programas básicos de salud mental y a nivel de servicios psiquiátricos.

En referencia a los hospitales, el decreto N° 20.665 establece que el Plan Nacional de Salud Mental incluirá la humanización del medio ambiente terapéutico y la creación de una red de servicios psiquiátricos descentralizado, incorporado a la atención primaria y a los sistemas locales de salud.

En Venezuela la Resolución N° 1.223 del 15 de octubre de 1992 enfatizó la responsabilidad del Ministerio de Salud y Bienestar Social (Ministry of Health and Social Welfare/MSAS) en la búsqueda de una comprensiva atención médica para pacientes mentales, con miras a lograr su rehabilitación y adaptación al medio ambiente social. La Resolución, que también se refiere a los principios contenidos en la Declaración de Caracas, es-

tipula que los hospitales generales asignados a la MSAS estudiarán y adoptarán medidas relacionadas a la hospitalización de pacientes psiquiátricos agudos, garantizándoles un mínimo del diez por ciento de sus camas.

Además de lo antes mencionado, los servicios médicos ambulatorios asignados a la Oficina Regional de Directores del Sistema Nacional de Salud deben incorporar progresivamente en su programa primario de atención de salud los recursos necesarios de modo que a pacientes dados de alta por sus respectivos hospitales o instituciones se les aseguren los controles periódicos hasta su total recuperación. Finalmente, la regulación recomienda que la División Mental de la Salud conjuntamente con cada Oficina Regional del Director del Sistema de Salud antes de abrir nuevos establecimientos de larga estadía, otorgará prioridad en la designación y ejecución de programas de atención alternativos y de protección al paciente mentalmente crónico y sus familias a través del día, de la noche, hospitales de fin de semana, unidades de tránsito, casas intermedias y otros servicios que se estimen necesarios.

Países como Colombia comenzaron a revisar sus normas porque ellas se aplican a los derechos humanos y civiles de pacientes mentales. A través de la resolución ministerial colombiana N° 2.417 del 2 de abril de 1992, una serie de derechos fueron garantizados a los pacientes mentales. Ellos incluyen:

- El derecho de no ser diagnosticado, ni tratado como paciente mental por razones políticas, sociales, raciales o religiosas, ni por otra razón ajena a su condición mental.
- El derecho a recibir el mejor tratamiento posible y atención de acuerdo a las grandes normas de ética y tecnología.
- El derecho de ser informado de su diagnóstico, así como el tratamiento más seguro aplicable y a aceptar o rechazar el tratamiento.
- El derecho de no ser sometido sin el consentimiento a ensayos clínicos, ni tratamientos experimentales.
- El derecho de confidencialidad de su historia clínica y tener acceso a ella.
- El derecho de aceptar o rechazar asistencia religiosa.
- El derecho de no ser discriminado basándose en su trastorno mental.

⁴ *Ibid.*

⁵ "Recomendaciones", *Ibid.* 3.

- Más allá de la incorporación de los principios de Caracas en su legislación, los países de Latinoamérica comenzaron a interesarse en las áreas donde el reglamento no era aplicable. De nuevo en el caso de Venezuela, en 1992 la regulación para los establecimientos psiquiátricos de larga permanencia fue otorgada. El reglamento se refiere a los aspectos relacionados al tratamiento humanitario de los pacientes, su libertad individual y seguridad, admisión de pacientes a instituciones, asistencia profesional y técnica, atención especializada de salud, pruebas y responsabilidades por daños y perjuicios causados a los pacientes.

El reglamento también contiene medidas apropiadas al aislamiento, contención física de los pacientes, su higiene y cuidado de ellos mismos, drogas, nutrición, participación en la comunidad, permisos, reingresos, huidas, evaluación y supervisión, muerte de pacientes, atención ambulatoria y reglamentos días-hospitales y requisitos para la construcción de establecimientos de larga permanencia.

El acuerdo ministerial nicaragüense N° 31-93 dirigió el tema desde la perspectiva de la promoción de la salud mental, acentuando la necesidad para la educación, recreación y la prevención de los trastornos de la salud mental. Para este fin la norma establece que el tratamiento de los trastornos de la salud mental abarca la prevención de la enfermedad, así como la atención y rehabilitación de pacientes crónicos con incapacidad mental, alcohólicos y drogadictos. La internación de paciente debe tomar lugar a nivel de comunidad (Sistemas Locales de Atención Integral de la Salud-SILAIS), y como último recurso y en situaciones excepcionales, en instituciones de salud mental existentes. En todo caso, la internación debe cumplir con principios éticos, sociales y científicos.

- En algunos países o legislaciones provinciales han sobrepasado el desarrollo de la legislación nacional. En 1991, por ejemplo, la legislatura de la Provincia de Río Negro en la República Argentina promulgó la Ley N° 2.440 que apuntaba no sólo al mejoramiento de las condiciones de salud, sino también a la promoción social de los pacientes con trastornos mentales. El acta expresamente prohíbe el establecimiento y operación de asilos para dementes, hospitales psiquiátricos o instituciones similares pú-

blicas o privadas, no se adhieran a estos principios.

La norma también establece que la institucionalización de los pacientes mentales procederá como último recurso de ser utilizado solamente después de que todas las otras posibilidades terapéuticas hayan sido agotadas. El último objetivo de institucionalización será la recuperación del paciente y rehabilitación social en el menor tiempo posible, la recuperación de la identidad, dignidad y el respeto al paciente con trastornos mentales expresado en relación a su reintegración a la comunidad, es el último objetivo del Acta y de todas las acciones prescritas por ella.

En el caso de Brasil, la Ley N° 9.7160 del 7 de agosto de 1992 del estado de Río Grande do Sul, prescribe la progresiva substitución de las camas en los hospitales psiquiátricos por completos sistemas de atención de servicios de salud. Además, la norma establece principios para la protección de los pacientes mentales, especialmente en situaciones de hospitalización voluntaria. En este caso, se requiere el arbitraje médico para fundamentar el procedimiento, así como también proveer al paciente con la información necesaria para comprender su decisión. En el caso de una admisión involuntaria, la internación debe ser comunicada al Ministerio Público en un período que no exceda las 24 horas.

El artículo 2 del Acta prohíbe expresamente la construcción de nuevos hospitales psiquiátricos públicos y privados. Además la existencia de hospitales psiquiátricos tiene que ser evaluada en un período de cinco años, y su licencia dependerá del acatamiento de la institución de provisión del Acta. Similares normas han sido también promulgadas en los estados de Ceará, São Paulo, Río Grande do Norte, Minas Gerais y Paraná.

NUEVOS MEDIOS PARA LA DEFENSA EN LA PROMOCION DE LA LEGISLACION DE LA SALUD MENTAL

La Conferencia de Caracas tuvo lugar en un momento muy propicio para América Latina. Hasta 1990 la mayoría de los países en la subregión había vuelto al gobierno constitucional. Este hecho creó un nuevo ambiente que favoreció la participación de la sociedad civil en muchas esferas

⁶ Bolis, Mónica. "The Reestructuration of Psychiatric Care in: Change in Legislation". *Conference on Human Rights, Mental Health and Therapy in Changing World*. Calgary, Alberta, Canada.

de la vida, más allá de la política. Los tiempos pasados, en los cuales los esfuerzos estuvieron concentrados en la defensa de los derechos sociales, culturales y económicos, dieron paso a nuevas preocupaciones tales como la defensa de derechos sociales, económicos y culturales.

Es interesante notar que la mayoría de las constituciones promulgadas desde la segunda mitad de 1980 (Argentina, Brasil, Colombia y Paraguay) cubre la protección de los derechos e intereses colectivos, entre los cuales claramente especificaron salud pública y derecho de los consumidores, así como otros relacionados con la calidad de vida. En virtud de esta disposición, todas las personas individual y colectivamente tienen el derecho de entablar demandas contra autoridades públicas u otros para asegurar la protección del medio ambiente y salud pública. Estas provisiones constituyen canales para la defensa de la salud, por lo tanto, fomentan una conciencia en la sociedad relacionada con la defensa de la salud.

Basados en la Conferencia de Caracas y como resultado de solicitudes de cooperación técnica para la modernización de la legislación de la salud mental, PAHO/WHO comenzaron a dirigir una serie de seminarios a nivel de país. Hasta la fecha, seminarios de este tipo han sido realizados a petición de las autoridades nacionales en Colombia, Chile, Ecuador, Venezuela y Panamá. Estas actividades dieron como resultado proyectos de legislación que están ahora en proceso de discusión en los respectivos ministerios de salud o parlamentos. Esta modalidad de trabajo incorpora no solamente profesionales de la salud mental, sino también a otros grupos interesados como el de los derechos humanos, líderes de comunidades oficiales del Ministerio de Justicia, universidades, expertos en rehabilitación, sindicatos, asesores legales del Ministerio de Salud, legisladores y grupos de apoyo.

La estrategia ha hecho posible trabajos interprogramáticos, modalidad que favorece la participación de colegios, teorías y grupos profesionales en general. La incorporación de legisladores dentro de este tipo de debates adquiere fundamental importancia, ya que ha sido señalado que la mayoría de los profesionales de la salud aparecen

de alguna manera reacios a relacionarse con cuerpos legislativos e intentan extender objetivos aparte sin considerar el sistema legal que los sostiene.⁷ La mayoría de los países de Latinoamérica han tenido éxito incorporando parlamentarios interesados en el diálogo de la salud mental (Argentina, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador Honduras, Panamá, Perú, Uruguay y Venezuela).⁸

Aparte del proceso de legislación de salud mental, los siguientes mecanismos de defensa han surgido de Caracas.⁹

- La creación de grupos de apoyo para la defensa de los derechos humanos y civiles de los pacientes mentales (Argentina, Brasil, Chile, República Dominicana, Guatemala, Honduras, Paraguay, Perú y Uruguay).
- La sensibilización del Poder Judicial en la resolución de casos que involucran a pacientes mentales, como el caso de interdicción.

CONCLUSIONES

La Conferencia de Caracas ha iniciado un proceso de legislación mental de salud, así como también ha contribuido a la creación de un nuevo marco de apoyo a la defensa de los derechos humanos y civiles de los pacientes mentales. Los principios de la declaración de Caracas, los cuales surgieron de la Conferencia, fueron incorporados en el marco de reglamentos de salud mental en varios países de América Latina. Otras normas, no refiriéndose específicamente al evento de Caracas, han manejado temas de salud mental, principalmente en países donde se detectaron varios vacíos en el reglamento.

Más allá de la incorporación de los principios de la Declaración de Caracas en las legislaciones nacionales, el evento de Caracas creó conciencia a nivel de los administradores de la salud pública, parlamentarios y consumidores, grupos de apoyo en cuanto a la necesidad de revisar las normas existentes a través de propuestas multidisciplinarias. Diferentes mecanismos han sido utilizados con este propósito como seminarios y conferencias. Un programa de trabajo con parlamentos, expertos parlamentarios en temas de salud mental se ha añadido

⁷ Lezertua, Manuel. "Estudio comparado sobre legislación en materia psiquiátrica". La legislación psiquiátrica: crítica y alternativas. Victoria-Gasteis, 1984, p. 90.

⁸ PAHO/WHO. "Questionnaire on the Advances of Mental Health Legislation since the Caracas Declaration". Washington, D.C., 1996.

⁹ *Ibid.*

al debate de salud mental. El sistema judicial y los grupos de apoyo también han sido incorporados al diálogo de derechos humanos.

Por consiguiente, es posible concluir que desde la Conferencia de Caracas un sistema de leyes, que se ha caracterizado por la ambigüedad, está

siendo lentamente reemplazado por uno en el cual se enfatiza la cooperación multidisciplinaria, se establecen garantías para la protección de los derechos humanos y civiles de los pacientes mentales, en el sentido de crear mecanismos que permitan que se ejerzan estrategias de defensa para ellos.