

Leyes de Salud Mental y reformas psiquiátricas en América Latina: múltiples caminos en su implementación

Martín Agrest

*Master en Administración de Sistemas y Servicios de Salud. Coordinador de Investigaciones de Proyecto Suma. Güemes 4130, CABA, Argentina.
E-mail: magrest66@gmail.com*

Franco Mascayano

*Department of Epidemiology, Mailman School of Public Health, Columbia University, New York. Division of Behavioral Health Services and Policy Research, New York State Psychiatric Institute, New York, USA.
E-mail: Franco.Mascayano@nyspi.columbia.edu*

Renata Teodoro de Assis

*M.A. Clinical Psychology, Teachers College, Columbia University, New York, USA.
E-mail: rt2621@tc.columbia.edu*

Carlos Molina-Bulla

*Universidad del Rosario, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Bogotá, Colombia.
E-mail: carlos.molina@urosario.edu.co*

Sara Ardila-Gómez

*Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, Instituto de Investigaciones, Argentina.
E-mail: saraardi.cursos@gmail.com*

Resumen

El presente artículo describe y analiza los procesos de reforma psiquiátrica en tres países latinoamericanos (Brasil, Chile y Colombia) tomando como piedra angular la Declaración de Caracas en 1990. A partir de esta presentación se busca comparar las diferentes experiencias en donde las leyes de salud mental de cada país han cumplido diferentes roles. Finalmente, se discuten estas experiencias a fin de extraer algunas conclusiones para el proceso de reforma en la Argentina y para la continuidad de estas reformas en la región.

Palabras clave: Reforma de la atención de salud - Salud Mental - Servicios de salud comunitaria.

MENTAL HEALTH LAWS AND THE PSYCHIATRIC REFORM IN LATIN AMERICA: MULTIPLE PATHS TO ITS IMPLEMENTATION

Abstract

This paper describes and analyzes the psychiatric reform process in three Latin American countries (Brazil, Chile and Colombia) based on the Caracas Declaration of 1990. It compares the psychiatric reform processes in these three countries and highlights the role of national mental health laws in these processes. Our goal when investigating the experiences in other countries of Latin America is to draw conclusions for the Argentine psychiatric reform and for the future of such reforms in the region.

Key words: Health care reform - Mental Health, Community Health Services.

Introducción

Los procesos de reforma psiquiátrica configuran un fenómeno global que no se circunscribe a un país ni tan siquiera a una región. Como tantos otros procesos de reforma, cada región y cada cultura local suele imprimirle características que le son propias. En ocasiones se corre el riesgo de exagerar las particularidades y minimizar los contextos regionales o de época que inciden y condicionan la forma en que dichos procesos son pensables o practicables en un lugar determinado. Es cierto que otras veces el problema es el inverso y se acentúan únicamente las presiones externas y se diluye toda responsabilidad local en el modo en que se instrumentan dichos cambios. El empuje internacional de las últimas décadas hacia la transformación de la atención en Salud Mental, que a nivel regional cuenta como piedra angular a la Declaración de Caracas en 1990 (1, 2), se intersecta a nivel local, en la Argentina, con la Ley de Salud Mental 26.657 promulgada veinte años más tarde. Desde ya que en este lapso de dos décadas deben destacarse numerosos hitos internacionales tanto en salud mental como en derechos humanos, y otros tantos locales, como reformas y leyes provinciales. Pero, iluminando la articulación entre la Declaración de Caracas y los procesos de reforma psiquiátrica en distintos países de América Latina, es posible tomar una nueva perspectiva acerca de cómo se imbrican lo contextual y lo local.

En Argentina “la Ley de Salud Mental” ha sido terreno de lucha entre diferentes sectores y actores y, en este sentido, se ha sobre-enfatizado su importancia y tendido a actuar como si las reformas de la atención en el campo de la Salud Mental sólo pudieran suceder como consecuencia de su sanción e implementación. A la luz

de analizar otras experiencias internacionales es claro que se minimiza un orden de condicionamiento que trasciende al país (3, 4) y que, incluso, ha llegado a formularse con recomendaciones precisas (ver Tabla 1). Por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) analiza el funcionamiento de los sistemas y servicios de Salud Mental de los países teniendo en cuenta en primer lugar dos parámetros básicos: si cuentan con una política o programa de Salud Mental y si cuentan con una legislación específica (5, 6). Por lo tanto, es cierto que la sanción de leyes de Salud Mental en los países no es un invento original ni caprichoso, sino muy especialmente el producto de recomendaciones internacionales, siendo de hecho uno de los planteamientos a nivel regional desde la Declaración de Caracas. Sin embargo, al mismo tiempo, ésta no ha sido la manera de generar las transformaciones en todos los países. En tal sentido, a la luz tanto de los años transcurridos luego de la promulgación de esta ley -sin que tales transformaciones terminaran de ocurrir- así como de las experiencias en otros países de la región que avanzaron sin una tal ley de Salud Mental, sería conveniente complejizar esta creencia local. ¿En qué medida una ley es capaz de traccionar, promover, facilitar, consolidar, convencer o asegurar un proceso de transformación? Y, ¿en qué medida pueden suceder los procesos de reforma sin una ley específica? Llevado al límite, cabe reflexionar si la ley argentina no ha producido de algún modo un efecto contrario al que se buscaba y ha logrado hasta acá más bien dilatar, diluir, enfrentar, desviar o imposibilitar este mismo proceso que se proponía establecer. Para quienes participaron activamente de los debates en torno a esta valiosa ley, sean ellos profesionales de la salud mental, usuarios o familiares, esta puede ser una reflexión compleja y hasta dolorosa.

Tabla 1. Obstáculos y soluciones en la formulación de la legislación sobre salud mental

Obstáculos	Soluciones
El enfrentamiento entre las personas a favor de una legislación sobre salud mental centrada en los tratamientos y derechos del paciente y aquellos a favor de una legislación basada en la promoción y la prevención.	Nombrar un comité de redacción con representantes de ambos grupos para permitir un debate franco y abierto entre las partes y para asegurar que ambas perspectivas están incluidas en el borrador de la legislación.
Luchas de poder entre profesionales del sistema sanitario y judicial que hacen difícil alcanzar el consenso.	Formular una ley de salud mental desde la perspectiva de las personas con trastornos mentales e incorporar un proceso participativo con distintos sectores profesionales.
El enfrentamiento entre los derechos y responsabilidades de las familias y los derechos y responsabilidades de las personas con trastornos mentales.	Organizar talleres que impliquen a ambas partes para analizar los derechos humanos y el papel de las familias.
Resistencia de los psiquiatras a la disminución de su independencia para prescribir tratamientos, incluyendo aquellos dispensados de manera involuntaria.	Organizar seminarios sobre los derechos de las personas con trastornos mentales y ética médica, con la participación de expertos internacionales.
La falta de prioridad dada por el gobierno, el parlamento y los sectores ajenos a la salud.	Reforzar las organizaciones de consumidores, cuidadores y otros grupos de apoyo. Presionar a los legisladores y encontrar legisladores que personalmente puedan estar preparados para promover la legislación sobre salud mental.

Tomado de OMS, 2003, p. 35

A nivel mundial, las críticas con cierto grado de consenso al modelo asilar pueden rastrearse hasta la primera mitad del siglo pasado y habrían dado origen, entre otras experiencias, al desarrollo de la Comunidad Terapéutica y la Psicoterapia Institucional (en Inglaterra), la Psiquiatría de Sector (en Francia), la Psiquiatría Comunitaria/Preventiva (en los Estados Unidos) y la Psiquiatría Democrática (en Italia) (7, 8). Hacia 1955, el modelo asilar de grandes hospitales, donde la gente se interna por períodos prolongados, con escasa expectativa de retorno a la comunidad, lejos de donde vive y separada del resto de la sociedad -al punto de volverse prácticamente invisibles- comienza su declinación definitiva y los manicomios comienzan a achicarse o cerrarse (9). Argentina misma, entre las décadas de 1940 y 1970, incorporó versiones vernáculas de algunas de estas propuestas alternativas al manicomio y desarrolló otras originales de la mano de psiquiatras críticos de tal modelo asilar. Pero estas propuestas locales detuvieron su avance promediando la década del '70 cuando los enfoques comunitarios fueron interrumpidos brutalmente y se retomaron tíbilmente con el retorno de la democracia aunque sin lograr transicionar hacia reformas más profundas -como sí se hicieron en otras partes del mundo.

En 1990, un consenso regional liderado por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, la Declaración de Caracas (2), estableció una serie de pilares y fundamentos para orientar los procesos de reforma psiquiátrica en la región de las Américas. En este consenso se promovió la idea que el mejoramiento de la atención era posible por medio de la superación del modelo asistencial basado en el hospital psiquiátrico y su reemplazo por alternativas comunitarias de atención y por acciones de salvaguarda de los derechos humanos e inclusión social de las personas afectadas por trastornos mentales al tiempo de un fortalecimiento de la atención primaria. Sus ideas, casi treinta años después, pueden parecer tan simples como difíciles de refutar. Sin embargo, cambios en tal sentido solo tuvieron impactos desiguales en los países que firmaron la declaración y sus aspiraciones se encuentran todavía algo lejanas en muchos de ellos, entre los que cabe contar a la Argentina.

Hacia 1990 la región estaba consolidando la vuelta a la democracia en varios de sus países (Perú, 1980; Argentina, 1983; Brasil y Uruguay, 1985; Chile, 1990) y, al mismo tiempo, iniciando un período de políticas tendientes a la reorganización de las erogaciones e inversiones y al financiamiento del Estado -conocido como 'políticas neoliberales'- promovidas en el Consenso de Washington. Es posible que ambas políticas, la de reforma del Estado y la de reforma psiquiátrica, se hayan cruzado -y, hasta alimentado mutuamente- por más que sus aspiraciones y orígenes fueran completamente diversos.

A través de un breve repaso de las transformaciones psiquiátricas en Brasil, Chile y Colombia, tres casos bien distintos de estrategias de reforma, nos proponemos analizar la compleja relación entre la promulgación de leyes

de Salud Mental y los procesos de reforma de la atención en Salud Mental de modo de iluminar la tensión que introdujo la ley de Salud Mental en la Argentina en el camino de la implementación, escalamiento y mantención de una reforma local.

Brasil: De la desinstitucionalización al "nuevo" debate por el número de camas psiquiátricas

Se suele afirmar que en Brasil el inicio del proceso de reforma psiquiátrica se inició en la década de 1970, transcurriendo desde dichos comienzos más de una década para que se planteara un proyecto de ley específico en Salud Mental, y más de dos para que sancionara la ley. La reforma en sus inicios coincidió con el 'movimiento sanitario' de la década de 1970, que estaba dirigido a la defensa de la salud colectiva, la equidad en la oferta de servicios, el protagonismo de trabajadores y usuarios y la producción de nuevas tecnologías asistenciales. Se suele tomar el año 1978 como el punto de partida del movimiento social en pro de los derechos de los "pacientes psiquiátricos" (10). Este fue el año en que surgió el Movimiento de los Trabajadores de Salud Mental (MTSM), que agrupaba trabajadores de la salud, asociaciones de familiares, sindicalistas, miembros de asociaciones profesionales y pacientes con larga historia de hospitalizaciones psiquiátricas. Entre 1978 y 1991, el MTSM llegó a liderar la denuncia de la violencia en los manicomios, así como la mercantilización de la locura, y la hegemonía de la red privada de hospitales psiquiátricos. El Segundo Congreso Nacional del MTSM, celebrado en el estado de São Paulo, en 1987, adoptó el lema "Por una sociedad sin manicomios" e inició el movimiento nacional de lucha antimanicomial. En este mismo año se celebró en Río de Janeiro la Primera Conferencia Nacional de Salud Mental y también se creó el primer Centro de Atención Psicosocial (CAPS) en São Paulo. En 1989, Paulo Delgado introdujo en el Congreso Nacional un proyecto de ley en el que se proponía la reglamentación de los derechos de las personas con trastornos mentales y el cierre progresivo de los manicomios del país, hecho que caracterizó la lucha del movimiento de reforma en los campos legislativo y normativo.

Entre 1992 y 2000 se desarrolló una importante red de atención en Salud Mental. A pesar de lo cual, para final de este período, y con 208 CAPS funcionando, el 93% del presupuesto en Salud Mental seguía yendo a los hospitales psiquiátricos. Simultáneamente se desarrollaron Servicios Residenciales Terapéuticos, Centros de Convivencia y Cultura, Casas de Hospedaje Transitorio, y Camas de Atención Integral en Hospitales Generales y de Emergencia.

Finalmente, en el año 2001, después de 12 años de debates en el Congreso Nacional, fue sancionada la "Ley Paulo Delgado". Este nuevo instrumento, la Ley Federal 10.216, redirecciona la asistencia en salud mental y privilegia los servicios de base comunitaria, al tiempo que salvaguarda los derechos de las personas con trastornos mentales.

A pesar de que la ley no especificaba cómo se implementarían estos cambios, el Ministerio de Salud sí estableció mecanismos de financiación para los servicios que habrían de sustituir a los hospitales psiquiátricos y el proceso de desinstitucionalización de pacientes hospitalizados por largo tiempo fue reforzado con un programa denominado "Vuelta a Casa". Asimismo, se instauró una política de fomento de los recursos humanos, se formuló una política específica para problemas relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas y se adoptó una estrategia de reducción de daños. En el año 2004 se realizó en São Paulo el Primer Congreso Brasileño de Centros de Atención Psicosocial al que asistieron más de 2.000 trabajadores y usuarios de los CAPS. Ese año se aprobó el Programa Anual de Reestructuración de la Asistencia Hospitalaria, bajo la jurisdicción del Sistema Único de Salud (SUS). Su principal estrategia fue la promoción de la reducción progresiva y pautada de camas comenzando con los "hospitales gigantes" (mayores de 600 camas) y "hospitales grandes" (240 a 600 camas). De esta manera, por medio de programas ministeriales, se buscó operacionalizar la reforma, asegurar la reducción progresiva y, al mismo tiempo, evitar la falta brusca de asistencia, garantizando una transición segura en la que la reducción planificada de camas psiquiátricas fuera acompañada por la habilitación concomitante de alternativas de atención de corte comunitario.

Para el año 2006, el gasto extra-hospitalario (51,3%) sobrepasó al hospitalario (48,7%) y al final de ese año había 1.101 CAPS en funcionamiento en todos los estados del país. Según datos del SUS, las camas en hospitales psiquiátricos disminuyeron entre 1996 y 2014 más de 65%, desde 75.514 a 25.988 (11).

Los últimos años en Brasil han sido testigos del cierre de numerosos hospitales psiquiátricos, así como de una reducción significativa del número de camas y de la inversión de los gastos públicos destinados al pago de internaciones psiquiátricas. En 2013, casi el 80% de la inversión fue para abordajes extra-hospitalarios y 20% para los hospitales psiquiátricos (11).

En este mismo sentido, se evidencian importantes avances en la red de servicios sustitutivos: en 1998, funcionaban en el país 148 CAPS y en 2015, 2.328, mostrando un incremento de 1.473% de la cobertura de servicios psicosociales sustitutivos en el país en 17 años (12). También se desarrollaron estrategias de desinstitucionalización (como, por ejemplo, los Servicios Residenciales Terapéuticos para acoger personas egresadas de internación de larga duración, el programa Vuelta a Casa que ofrece un recurso financiero mensual a los beneficiarios y el Programa de Desinstitucionalización que da financiamiento a equipos multidisciplinarios que trabajan en la comunidad (12)).

Las residencias terapéuticas pueden albergar un máximo de ocho personas. Cuentan con un asistente o cuidador designado para apoyar a los usuarios en su vida cotidiana, debiendo compartir con ellos la vivienda y acompañarlos en la ciudad en procura de su autonomía

y en el desarrollo de su proceso de rehabilitación. Cada residencia debe estar afiliada a un CAPS y formar parte de la red de atención correspondiente a su jurisdicción. Para 2015, las camas en hospitales psiquiátricos pertenecientes al SUS habían bajado aún más, a 25.126 (de un total de 85 mil en 1983, menos de un tercio de las camas existentes entonces), pese al crecimiento demográfico en Brasil de 60% en este período (12, 13). Es importante señalar que un censo inédito realizado en 2011 presentó los datos de personas detenidas con causas penales en hospitales de custodia, con 3.989 personas censadas en todo Brasil. Del total, uno en cada cuatro no se sabe si debería estar internado y 21% cumple pena más allá del plazo previsto (14). Podemos pensar también en esa demanda adicional para los servicios de la red CAPS y la red de residencias terapéuticas que no había sido debidamente relevada con anterioridad.

En 2015, el modelo de cuidado de salud mental en Brasil, la Red de Atención Psicosocial, abarcaba siete componentes repartidos entre: 1) Atención básica en salud (Unidad básica de salud; Núcleo de apoyo a la salud y a la familia; Consultorio en las calles; Centros de convivencia y cultura); 2) Atención Psicosocial Estratégica (Centros de atención psicosocial, CAPS, en sus diferentes modalidades); 3) Atención de urgencia y emergencia (SAMU; Unidades de pronto atendimento 24h); 4) Atención residencial de carácter transitorio (Unidades de acogimiento, Servicios de atención en régimen residencial); 5) Atención hospitalaria (servicios hospitalarios de referencia en salud mental y alcohol y otras drogas, en hospitales generales, maternidades y pediatría); 6) Estrategias de desinstitucionalización (Servicios residenciales terapéuticos; Programa Vuelta a Casa; Programa de desinstitucionalización); 7) Estrategias de rehabilitación psicosocial (Iniciativas de generación de trabajo y renta; Fortalecimiento del protagonismo de usuarios y familias) (11).

De todos modos, existe cierto acuerdo en que las reformas han sido insuficientes aunque las críticas y propuestas pueden ser diversas e, inclusive, opuestas. Se ha esgrimido que, entre otros aspectos, en este nuevo modelo hay largas filas de espera, los usuarios tienen gran dependencia de los servicios, los dispositivos de cuidado no están suficientemente diversificados, los CAPS funcionan centralizando la atención, el estigma social de la enfermedad mental seguiría persistiendo, y no se estaría dando respuesta a las dificultades de las familias en la convivencia con personas con trastornos mentales severos (15). Asimismo, desde el ámbito clínico se ha planteado que el éxito de la reforma dependería de nuevas formas de ejercicio de la actividad clínica y práctica del tratamiento, y supone que el trabajador en salud mental esté preparado para realizar esas actividades (16). Autores como Dimenstein (15) han señalado que el carácter intersectorial de la reforma habría quedado supeditada excesivamente a respuestas del ámbito sanitario, sin la necesaria articulación con los otros sectores, generando pocas posibilidades de reinserción

social y de responsabilidad compartida por las diversas políticas públicas. Por estos motivos, sectores ligados a la psiquiatría critican el modelo de Reforma Psiquiátrica brasileña y proponen otras soluciones. Gentil (13) sostiene que la cuestión de la disminución de camas en hospitales psiquiátricos se refiere más a motivos ideológicos y económico-financieros, pero no a cuestiones técnicas. Este autor afirma que existe una exigencia “Basagliana” de prohibir el incremento de la red de hospitales psiquiátricos, pero que la deshospitalización debe ser subsecuente a la instalación de una red alternativa de servicios adecuadamente dimensionada, un hecho que a su entender no ocurrió en Brasil. Para Gentil (13) impedir la utilización de asilos por igualarlos a manicomios sería confundir estructura y función. Según este autor, el número de personas sin techo que deambulan por las calles (*moradores de rua*) en Brasil creció con el proceso de deshospitalización de la reforma psiquiátrica, que no pudo absorber los ex-pacientes con sus nuevos dispositivos para el cuidado de salud mental (17). En 2015, el Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada estimaba que 100 mil personas vivían en situación de calle en Brasil (18). Según estimaciones que se hicieran, en la ciudad de Río de Janeiro, 10,7% de la población en albergues públicos tendría esquizofrenia y 66,5% tendrían trastornos mentales (19). A estas preocupantes cifras, Gentil (17) le agrega que en Brasil todavía no se sabe cuántas personas con trastornos psiquiátricos están en prisiones en todo país.

Dado que el número de personas sin atención sigue siendo muy significativo, es aún tema de debate si la reducción en el número de camas psiquiátricas habría significado de por sí una mejora de la atención a personas con trastornos mentales. Pero a la hora de diseñar soluciones al problema, las alternativas se complejizan. Al decir de Dimenstein, las soluciones ensayadas hasta la fecha muestran “una situación de desinstitucionalización que no supera las fronteras sanitarias y mantiene viva las dicotomías salud-salud mental, y salud-condiciones de vida”. Sería necesaria, en cambio, “una red que abra camino no sólo a una modificación en las formas de cuidado y acogimiento del paciente, a partir de cambios administrativos y de la creación de nuevos equipos, sino también – y principalmente – a la invención de nuevas relaciones y sociabilidades dentro de la comunidad y el espacio urbano”. En última instancia, el asunto es que “la locura no es sólo una cuestión que atañe al campo de la salud” sino también “una cuestión de desigualdad, de opresión, de intolerancia, de marginalización y de exclusión” (15), y especialmente desde que todo lo que no es productivo corre el riesgo de ser considerado “enfermo”. En esta coyuntura de falencia de los servicios de atención a personas con trastorno mental, se sancionó la Resolución 32/2017 que crea nuevos dispositivos como las Unidades de Acogimiento Adulto e Infanto-Juvenil, Unidades de Referencia Especializadas en Hospitales Generales, Equipos Multiprofesionales de Atención Especializada en Salud Mental y Hospitales Psiquiátricos

Especializados (20). Este documento se muestra favorable a la conservación y aumento de camas psiquiátricas, lo cual ha desatado una amplia discusión entre diferentes sectores de la salud mental en Brasil (20).

Se sigue debatiendo en Brasil sobre el modelo ideal para la atención en salud mental. En una punta de esta discusión están las entidades psiquiátricas, como la Associação Brasileira de Psiquiatria, que creen que la red instituida no logró sustituir la anterior oferta de servicios de internación y que la nueva red de atención ha quedado incompleta para dar respuesta a los problemas de personas con trastorno mental. De acuerdo a su propuesta, serían necesarios hospitales que puedan ofrecer una respuesta inmediata y una atención ambulatoria diversificada y eficiente, en conformidad con el modelo de los hospitales universitarios. En la otra punta, están los sectores que apoyan la reforma psiquiátrica implementada y defienden la necesidad de un mayor tiempo de ajustes en la implementación para que pueda perfeccionarse. Para ellos, la solución no se resuelve con el aumento de camas y la creación de hospitales, sino con una estrategia de cuidados en red y de contextualización social. Sin embargo, estos sectores antagónicos comparten la perspectiva de que el sistema de salud mental brasileño seguiría teniendo importantes déficits en los servicios necesarios para el tratamiento y reinserción social de la población con trastornos mentales en Brasil.

Chile: La Reforma vía la integración en la atención en Salud

Chile ha desarrollado en las últimas décadas acciones específicas de reforma de la atención psiquiátrica, sin que a la fecha cuente con una ley específica de salud mental, aunque sí se han introducido modificaciones concordantes a la ley general de salud.

En Chile se dio la coincidencia temporal de la Declaración de Caracas y el final de la dictadura militar. En términos históricos, el sistema de salud mental de Chile ha sido descrito como habiendo atravesado tres fases: 1) Un primer tiempo denominado “manicomial”, que duraría hasta 1952 (con la creación del Servicio Nacional de Salud); 2) En la segunda etapa, el modelo es “hospitalocéntrico”, en donde se da la transformación de los manicomios en hospitales psiquiátricos y la instalación de servicios de psiquiatría en hospitales generales, que dura hasta 1990 (con el retorno de la democracia); 3) La etapa actual, aún vigente, sigue un modelo llamado “ambulatorio/comunitario” que se ha basado en una amplia inclusión de la salud mental en la atención primaria, instancia en la cual se atiende a la mayoría de las personas con trastornos mentales sin descuidar el funcionamiento en red con los otros niveles de atención (21).

Sin embargo, también cabe destacar que Chile, para la década de 1950, contaba con una sólida tradición en investigación epidemiológica en Salud Mental así como con interesantes experiencias de implementa-

ción de servicios de salud mental de base comunitaria: para entonces se crean las primeras camas de psiquiatría y se organizan algunos servicios de salud mental para tratamiento ambulatorio, en ambos casos, en hospitales generales (22). Hacia fines de 1960 se formula el primer programa nacional de salud mental, aunque nunca llega a implementarse por falta de apoyo político y de recursos financieros para hacerlo. De acuerdo a esta propuesta, la atención debía centrarse en el desarrollo de una red servicios con base en los centros de atención primaria y en hospitales generales, así como se indicaba que debían implementarse hospitales de día, hogares convivenciales y talleres protegidos. Pero el ensayo de estas propuestas se interrumpió en 1973 como resultado del golpe militar.

Para el momento del retorno de la democracia en Chile, en 1990, la situación de la atención psiquiátrica se destaca por: 1) la atención psiquiátrica estaba concentrada en cuatro grandes hospitales psiquiátricos ("El Peral", "El Pinel", "El Horwitz" y "Del Salvador"); 2) el 70% de las camas de estos hospitales estaban ocupadas por internaciones de larga duración, cercanas en promedio a los 20 años; 3) 80% del presupuesto estaba en estos hospitales; 4) El 80% de las personas que ahí vivían no requerían del hospital sino de apoyos para vivir fuera de la institución (23).

Ya en el marco de la tercera etapa descrita, en 1993 se firmó el primer plan nacional de salud mental que contemplaría, incluso, la evaluación de su funcionamiento y resultados. A las propuestas del programa de los '60 se le sumó el desarrollo de programas de rehabilitación psicosocial con el fin de colaborar con la inclusión social de las personas con trastornos mentales severos así como la búsqueda activa para disminuir la brecha de tratamiento psiquiátrico por medio de programas específicos de salud mental en los centros de atención primaria.

Un segundo plan de salud mental se lanzó en Chile en 2000 luego de una cuidadosa evaluación de los aciertos, fracasos, obstáculos y facilitadores para las transformaciones emprendidas siete años antes. Chile buscó aprender de otras experiencias internacionales de reforma (en particular la de Granada, España), con asesoría directa y en terreno por parte de los equipos españoles así como con capacitación de actores claves en el proceso de reforma chileno. Asimismo, también adoptó la idea de no perder de vista la necesidad de implementar las prácticas que contasen con la mejor evidencia disponible. Se propuso aumentar el presupuesto específico de Salud Mental a lo largo de 10 años desde un magro 1,3% hasta el 5%, además de reasignar el financiamiento y privilegiar la atención primaria. Las personas con trastornos mentales y sus familias estarían involucradas en las transformaciones tanto en la planificación como en la evaluación a nivel local y nacional. Las áreas prioritarias serían: 1) la promoción y prevención en salud mental; 2) la atención de niños y adolescentes con trastorno por déficit atencional e hiperactividad; 3) padecimiento mental asociado a la violencia (fuera ésta doméstica o

derivada de la dictadura militar); 4) depresión; 5) esquizofrenia; 6) abuso y dependencia del alcohol y drogas; 7) enfermedad de Alzheimer y otras demencias.

Asimismo, se promulgó una ley para la protección de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales con o sin discapacidad y se organizó una forma de monitoreo de su cumplimiento en las instituciones psiquiátricas con comisiones regionales y nacionales que asegurasen su aplicación. Para 2004 se sancionó el Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE) para 56 enfermedades prioritarias, entre las cuales figuraba el tratamiento para la esquizofrenia a partir de su primer episodio, la depresión en mayores de 15 años, el abuso de sustancias para menores de 20 años y, más recientemente, el trastorno bipolar en personas mayores de 15 años. De este modo se buscó asegurar por ley que las personas con determinadas patologías pudieran contar con una cobertura oportuna y de calidad, incluyendo los modos específicos en que se llevarían a cabo los tratamientos. Dicha reforma de salud, que continúa en expansión y ha buscado alcanzar a más enfermedades, trasciende al campo específico de la salud mental y ha sido comparada, al menos en su aspiración, con aquellas llevadas a cabo en Canadá, Australia, el Reino Unido o países escandinavos.

Sin embargo, la inclusión de un componente de salud mental en la atención primaria no estuvo exenta de dificultades ya que los médicos y otros profesionales de la salud estuvieron muy parcialmente inclinados a percibir los beneficios de esta integración (22). A su vez, el establecimiento de estas prioridades vio afectada la calidad de la atención de otras patologías mentales así como se resintió la promoción y prevención de patologías mentales dada la prioridad asignada al tratamiento de determinadas otras enfermedades.

La distribución de las camas para internación de problemas psiquiátricos se fue modificando en los últimos 25 años. En 1990, de las casi 3400 camas, tan solo el 7% (n= 239) se hallaba en hospitales generales, en tanto el 93% estaban en hospitales psiquiátricos. Para 2010, las camas en hospitales psiquiátricos se habían reducido a algo más de 1000, se habían duplicado las camas de hospitales generales, las plazas en hospitales de día se aproximaban al total de camas en hospitales monovalentes y, sumadas las plazas de hospital de día más las de hospitales generales y agregando los lugares disponibles en casas convivenciales, se había logrado casi triplicar la oferta de camas en hospitales psiquiátricos (24).

Análogamente, luego del fortalecimiento del componente de salud mental en la atención primaria de la salud y en los hospitales generales, gracias a la presencia de psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales y guías de tratamiento para las patologías psiquiátricas más frecuentes llevadas adelante por médicos generalistas, se dio un significativo aumento de consultas por trastornos psiquiátricos con estos últimos en comparación con un crecimiento leve en las consultas especializadas. Eso determinó que para 2004 fuesen más las consultas por

problemas psiquiátricos abordadas por médicos generalistas que por especialistas. En 2007, los primeros casi duplicaron las consultas de los segundos (aproximadamente 800.000 visitas al año vs. 400.000).

Si bien se ha privilegiado el primer nivel de atención (incorporando un componente de Salud Mental) y se ha desarrollado una extensa red en el segundo nivel (por medio de 142 equipos especializados distribuidos en Centros de Salud Mental Comunitaria (COSAM) y en Centros Adosados de Especialidades (CAE), Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT), y en Centros de Referencia de Salud (CRS) o Servicios de Psiquiatría, el tercer nivel también ha sido reformulado. En el año 2015 se elaboró un modelo de gestión para las Unidades de Hospitalización de Corta Estadía, modificando la nomenclatura existente por Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIP), definiendo con mayor claridad su rol tanto al interior del hospital general como en la red territorial a la que pertenece, proporcionando una base para homogeneizar los procesos de funcionamiento, aspectos estructurales y de estándares de recursos humanos de estas unidades. Uno de los cuatro hospitales monovalente, el hospital "Del Salvador", logró el objetivo de externar hacia dispositivos comunitarios a todos sus pacientes de larga estadía. El hospital "Peral" pudo disminuir su dotación de camas de mediana estadía a 68 y las de Larga Estadía a 57. El hospital "Pinel" se quedó con algo más de 100 camas de mediana estadía y otro tanto para larga estadía, en tanto el Instituto Psiquiátrico "Horwitz" tiene 206 camas de larga estadía (aunque buena parte de ellas funcionan en la Clínica Gaete).

Todo esto no impidió que para 2010 el porcentaje estimado de personas con determinadas patologías que estaría sin tratamiento -la así llamada "brecha de tratamiento"- fuese de 55% para la depresión, 91% para el abuso de sustancias y 78% para la esquizofrenia (25). Asimismo, al momento de la reformulación de nuevo plan de Salud Mental en Chile (26), el porcentaje dedicado a Salud Mental no había logrado acercarse verdaderamente al 5% del gasto en Salud. Se vio, también, que se mantienen falencias importantes en la protección de los derechos de las personas con enfermedad o discapacidad mental (por ejemplo, no se les reconoce el derecho a la capacidad jurídica ni el derecho a dar consentimiento para procedimientos irreversibles, pueden ser declarados/as interdictos/as, y se permite la hospitalización involuntaria sin la existencia de una autoridad independiente que las fiscalice). Asimismo, se vio que la tasa nacional de tratamiento disminuyó entre 2004 y 2012 (aunque aumentaron las hospitalizaciones involuntarias y la reclusión en salas de aislamiento), que cerca de medio millar de personas siguen en servicios de larga estadía en hospitales psiquiátricos, que las minorías lingüísticas, étnicas y religiosas no tienen acceso adecuado a los servicios especializados y que las agrupaciones de usuarios de servicios de salud mental y familiares tienen baja presencia y nivel de organización (24).

El nuevo plan de Salud Mental destaca siete líneas prioritarias de trabajo: 1) Regulación y derechos humanos; 2) Provisión de servicios de Salud Mental; 3) Financiación; 4) Gestión de la calidad, sistemas de información e investigación; 5) Recursos humanos y formación; 6) Participación; 7) Intersectorialidad.

El cuerpo normativo que sustenta la atención de personas con trastornos mentales presenta algunas contradicciones que actualmente se plantea superar por medio de una legislación específica de Salud Mental. Chile ratificó en julio de 2008 la Convención Internacional para los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo, comprometiéndose así a "...asegurar y promover el pleno ejercicio de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad sin discriminación alguna por motivos de discapacidad". Sin embargo, el diagnóstico ofrecido por el Observatorio de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental en 2014 señaló que "...la legislación que se encuentra vigente en nuestro país está en clara contravención a los principios de la CDPD y sus disposiciones concretas...". Hasta el presente las leyes que regulan la atención especializada forman parte de leyes más generales (por ejemplo, la Ley 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, promulgada el 13 de abril de 2012).

De acuerdo al Ministerio de Salud de Chile (26), "se hace evidente la necesidad de actualizar y reformular el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, que oriente los esfuerzos y la inversión de recursos en materia de protección y cuidado de la salud mental de la población, el tratamiento de las personas con problemas y trastornos mentales y la rehabilitación e inserción social de las personas con discapacidad mental, en concordancia con los principios establecidos en la Convención Internacional para los Derechos de las Personas con Discapacidad y con el desarrollo alcanzado por nuestro país" (pág. 23). Como parte de este plan, por ejemplo, se ha trazado el objetivo de contar con una legislación específica de Salud Mental junto con su reglamentación para el año 2020. A su vez, de acuerdo a este plan, se ha planteado que la atención en Salud Mental "se organiza de acuerdo al Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, el que se basa en tres principios irrenunciables: integralidad, continuidad de los cuidados, y centro en la persona y su entorno, enfatizando la promoción y prevención y abordando los problemas de salud de las personas con un enfoque familiar y participativo" (pág. 46).

En cuanto al financiamiento, y atendiendo a la limitación presupuestaria, se ha planteado comenzar por reducir la brecha de información sobre recursos de salud mental e identificar nuevos mecanismos para financiar las acciones de salud mental.

La gestión de la calidad incluye objetivos estratégicos tales como "contar con indicadores trazadores que den cuenta del cumplimiento de los estándares de calidad del Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental

y que permitan hacer un seguimiento periódico de la red de servicios, además de realizar procesos de retroalimentación a los equipos” (pág. 89) y “avanzar en la acreditación de establecimientos que otorgan servicios de salud mental” (pág. 91).

En cuanto a la participación, el plan 2017 parte de la conceptualización del modelo de la recuperación en Salud Mental y se plantea entre otros objetivos estratégicos “fortalecer la creación y funcionamiento de organizaciones sociales de usuarios/as, familiares y otras personas asociadas a salud mental” (pág. 120), “desarrollar un plan de difusión y comunicación eficiente en Salud Mental, dirigido a usuarios, usuarias, familiares y comunidad en general” (pág. 121), “garantizar los espacios e instancias de toma de decisiones de los usuarios y usuarias en relación con sus procesos de tratamiento y recuperación” (pág. 123).

En relación a la intersectorialidad, se ha planteado que es fundamental “generar estrategias colaborativas entre el sector salud y otros sectores del Estado, para abordar temáticas comunes en el ámbito de la salud mental, con el objeto de mejorar la calidad de vida de las personas, fomentando factores protectores, detectando tempranamente factores de riesgos y promoviendo la inclusión social de las personas que presentan situación de discapacidad asociada a problemas o trastornos mentales”.

Asimismo, Chile ha comenzado a hablar en su plan de salud mental sobre la recuperación y la importancia de orientar los servicios hacia la recuperación. De igual forma, plantea la incorporación de pares (personas con experiencia vivida de padecimiento mental que explicitan esta condición como parte de su apoyo a otros en sus procesos de recuperación) o la importancia de los procesos de decisiones compartidas entre profesionales y usuarios.

Sin embargo, algunos investigadores chilenos han manifestado que han habido escasos esfuerzos por evaluar algunos componentes de estas transformaciones como, por ejemplo, los resultados de la implementación de AUGE, el uso, la adaptación y fidelidad de las guías de tratamiento, o la existencia de barreras y facilitadores de los programas adoptados (27, 28).

En síntesis, el proceso de reforma psiquiátrica en Chile pasó fundamentalmente por el fortalecimiento del primer nivel de atención y la incorporación de un componente de salud mental a través de guías de tratamiento llevadas a cabo por médicos generalistas, y por el desarrollo de Centros Comunitarios de Salud Mental en el segundo nivel de atención. La externación de pacientes internados por períodos prolongados fue acompañada del desarrollo de alternativas a la internación y al énfasis creciente en dispositivos de atención de base comunitaria. Para ello no se promulgó una ley específica de Salud Mental, aunque sí se introdujeron modificaciones en la ley de Salud general, se suscribieron tratados internacionales de protección de derechos de personas con discapacidad y se promovió la participación de usuarios en organizaciones que abogan por sus derechos.

Colombia: La Reforma en medio del modelo de aseguramiento en Salud

Colombia cuenta recientemente con una ley específica de salud mental, aunque el análisis del estado de la reforma de la atención psiquiátrica en dicho país requiere de la revisión de lo que ha sido la reforma del sistema de seguridad social en salud en general.

En Colombia, el concepto de salud mental se estableció en la segunda mitad del siglo XX en reemplazo del concepto de higiene (29), en el marco de un manejo institucional imperante y coincidió con cambios institucionales en el Ministerio de Salud, en las propuestas teóricas en torno a los trastornos y corrientes de pensamiento que llegaron gradualmente al país en el curso de esta época. Se pueden describir, entonces, cuatro periodos en su desarrollo y en la adopción de la reforma psiquiátrica en el país (30).

En primera instancia, se reconoce un periodo de apropiación del concepto de salud mental y desarrollos de la reforma en este campo de 1963 a 1978, un segundo periodo de intervenciones más amplias en salud mental, ligadas con la atención primaria desde Alma Ata (31), que llegó hasta 1993/1996; un tercer periodo, de retroceso, asociado a la Ley 100 de Seguridad Social en Salud de 1993 (32) que en términos prácticos inicia en 1996 hasta 2005/7 y, finalmente, un período de recuperación de las intervenciones en salud mental y de gestión del riesgo en salud mental desde 2007 hasta nuestros días.

Dentro de los dos primeros periodos se pueden describir avances en la reforma psiquiátrica que están representados por reformas institucionales, de desarrollo de servicios comunitarios, de procesos de desinstitucionalización variopintos en diversas regiones del país (33). Este primer periodo se caracterizó por modificaciones de hospitales, apertura de servicios de consulta externa y unidades de salud mental en hospitales regionales.

En un segundo periodo, y gracias a la apropiación de la Atención Primaria, se establecen elementos que impulsan el desarrollo de la reforma. Es el caso de la elaboración de un Programa Nacional de Salud Mental en 1981-2 y la propuesta para impulsar la Atención primaria en salud mental (34), a través de los espacios comunitarios y la formación de equipos locales en salud mental (35). Este desarrollo se dio además gracias al propósito, a nivel ministerial central y regional, de rescatar el campo de salud mental, históricamente abandonado y ligado a ideas eugenésicas en la primera mitad del siglo XX.

Hasta final de la década de los 80 e inicios de la década de los 90, los avances en este campo fueron evidentes y coincidentes con los planteamientos de la Declaración de Caracas de Caracas de 1990 (36). Sin embargo, desde el inicio de los años 90, los cambios en el Sistema de salud colombiano tendrían un efecto fundamental en este tipo de propuestas. En primera instancia con la Ley 10 de 1990 que establecía que la salud era un servicio (37), en la Constitución Política de Colombia de 1991 (38) y posteriormente la Ley 100 de 1993 (31), a través

de la cual se estableció el Sistema de Seguridad Social en Salud.

La salud mental en Colombia sufre en este periodo un retroceso en la apropiación estatal, no se consideró una prioridad y quedó bajo una restricción económica, limitada a la atención en servicios ambulatorios de consulta externa y de hospitalización por unas semanas al año. Los avances obtenidos en diferentes áreas de intervención en comunidad y desinstitucionalización se ven afectados en su implementación al quedar desfinanciados y son gradualmente cerrados (39). Los datos correspondientes a la oferta en salud mental para el periodo 1996 a 2011 no están disponibles y sólo se retomarían recientemente a través del Observatorio de Salud Mental. Esta situación, sin embargo, contrasta con el efecto que tuvo la aplicación del modelo en la larga estancia, la cual se vio reducida al no verse económicamente justificada. Los determinantes de tal situación fueron primordialmente financieros y no en torno a los derechos, ya que el acceso a los servicios también se redujo. Así mismo, es un contraste que durante ese periodo se desarrollara la Política Nacional de Salud Mental de 1998, aún vigente, ya que pese a que se desarrollaron distintas propuestas de política de salud mental para reemplazarla, ninguna de ellas tuvo resultados ya que no fueron acogidas estatalmente.

También la política de 1998 tuvo problemas de apropiación, dada la Ley 100 de 1993 y una limitada implementación (40). Así mismo, una experiencia para rescatar en este periodo corresponde al Centro de Salud Mental Envigado en Antioquia (33). Colombia deja de ser uno de los representantes regionales de procesos de reforma psiquiátrica y de salud mental comunitaria, lo cual se haría visible en la Declaración de Brasilia (41).

Un cuarto periodo en esta línea corresponde a una nueva aproximación al tema de salud mental después de 2005/2007, que proviene de los reclamos internos por su exclusión evidente y reconocida por el Ministerio de Salud (para ese momento Ministerio de Protección Social). Así también, de situaciones externas que lo hicieron visible: en primera instancia, la recuperación del tema desde OPS-OMS con las guías de políticas de salud mental (42); en segundo lugar, la APS renovada (43) y las dificultades que en salud mental se habían hecho inocultables en tres estudios nacionales de salud mental. Aunque estos estudios de 1993, 1997 y 2003 se centraron en la prevalencia de las patologías, dieron cuenta de la alta frecuencia de trastornos mentales y las dificultades en la atención (44).

En contraste con lo anterior, en 2010 se establece una convocatoria desde la Comisión Séptima de Cámara de representantes para una Ley de Salud Mental. Antes de ello, cinco o seis proyectos de ley de salud mental se habían malogrado. La convocatoria para la elaboración de la Ley a diferentes actores y agentes en el Campo de la salud mental fue amplia, considerando a la academia, hospitales, asociaciones de pacientes entre otros. Gracias a una gestión política con otras bancadas de

cámara y senado esta ley es promulgada en enero de 2013, como Ley 1616 de salud mental. Es descrita como una ley garantista de derechos, con énfasis en tres puntos: la ampliación de los servicios, un ajuste a la política nacional de salud mental y los espacios de participación. Otros puntos considerados en torno a la atención integral e integrada; la promoción y prevención; la priorización de la infancia y adolescencia; y la rehabilitación basada en comunidad están asociadas con los propósitos de la reforma psiquiátrica y la Declaración de Caracas (40). Esta ley ha sido denominada por quienes participaron de su preparación como la “ley Esperanza”, y así pasó a ser llamada en Colombia, debido a los derechos que se propone consagrar.

Sin embargo, los avances a cuatro años de promulgada la ley se quedan cortos, habiéndose desarrollado tan solo el Consejo Nacional de Salud Mental y algunos de los consejos territoriales. La ampliación de servicios como atención domiciliaria, centros de salud mental comunitaria y ampliación de hospitales día no se han desarrollado. Las propuestas de Rehabilitación Basada en Comunidad (45) se encuentran consignadas en un documento ministerial a la espera de su articulación con las Rutas Integrales de Atención (RIAS), que en salud mental se encuentran pendientes (46).

Adicionalmente, la propuesta gubernamental se encuentra encaminada de manera tal que sus énfasis se encuentran centrados en dos líneas de trabajo: la salud mental y convivencia y por otro lado la gestión del riesgo en salud mental de acuerdo con el Plan Decenal de Salud Pública (47).

En este periodo sobresale el estudio nacional de salud mental de 2015. Su enfoque amplía la perspectiva y, a diferencia de los realizados anteriormente, enfatiza los aspectos sociales de la vida y aquellos ligados al proceso de paz, así como también mediciones del estado de salud y cuestiones vinculadas al envejecimiento poblacional. A pesar de la intención de la Ley de salud mental 1616 en Colombia, predomina la aproximación estatal basada en el sistema de aseguramiento, ámbito en el cual no ha existido eco para la implementación de intervenciones de carácter comunitario y procesos de desinstitucionalización. La atención primaria en salud mental se ha focalizado además en la estrategia de mhGAP.

En tal medida, la posibilidad de acceso a las intervenciones se ve limitada por la oferta dentro de un sistema que ha optado en sus actores, aseguradores y prestadores por la limitación del acceso a los servicios y estrategias. Esta aproximación es acorde con una mirada econométrica de salud y el derecho a la salud, entendido como el derecho a la prestación de servicios, tal como establece la Ley Estatutaria de la salud de 2015 (48).

También cabe señalar que si bien la ley de Salud Mental se referencia al Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021, la ley conserva vestigios de un modelo mucho más ligado a la tradición médica de la psiquiatría clásica que el PDSP. Este plan de salud, a diferencia de la Ley de Salud Mental, incorpora diferentes enfoques

complementarios tales como el de derechos, de perspectiva de género y ciclo de vida (persona mayor, adultez, juventud y niñez), el diferencial (considerando las necesidades específicas de las poblaciones con discapacidad, de las víctimas de la violencia y de los grupos étnicos) y el de determinantes sociales de la salud (47). En la Ley de 2013, por ejemplo, en cambio, se afirma que “la rehabilitación psicosocial es un proceso que facilita la oportunidad a individuos que están deteriorados, discapacitados”. Esta forma enunciativa da cuenta de una concepción de las personas con discapacidad que sería previa a la Convención por los Derechos de las Personas con Discapacidad, a pesar de que Colombia adhirió a la CPDP en 2011 y que promulgó su propia Ley de Derechos de Personas con Discapacidad un mes después de la “Ley Esperanza”, y en contradicción con el PDSP (49).

Discusión

A la luz de las experiencias reseñadas queda claro que las transformaciones en el campo de la atención psiquiátrica requieren ingredientes adicionales a las leyes de Salud Mental. Al menos los estudios epidemiológicos y las encuestas de Salud Mental, así como planes específicos de acción y programas coordinados, son igualmente necesarios para dar cuerpo a transformaciones que las leyes de Salud Mental tan solo iluminan, resaltan y buscan garantizar normativamente aunque sin por ello y por sí mismas poder materializar.

Por otro lado, las leyes de Salud Mental van más allá de las indicaciones o normas para la atención de las personas con trastornos mentales. Así como los estudios epidemiológicos se centran en las enfermedades o trastornos, las encuestas (como la de Colombia de 2015) se ocupan de un modo mucho más general acerca de “la salud mental de la población”. En tal sentido, debe señalarse la distancia existente, por un lado, entre los enfoques jurídicos y aquellos centrados en la salud y, por otro, las necesidades de atención o de reforma en la atención psiquiátrica. Mientras que los primeros abarcan al 100% de la población, la atención seguramente deberá privilegiar a la población que ha desarrollado un trastorno o, mismo, que podría ser vulnerable a desarrollarlo. Por lo tanto, dejar exclusivamente en manos de las leyes la capacidad para generar transformaciones en la atención podría ser como dejar en manos de las leyes de tránsito el modo en que se realizará la construcción o las reformas de las autopistas.

Otro punto importante de la discusión deriva de la inevitable presencia de tensiones entre diferentes modelos en pugna para comprender la salud mental de la población. En tal sentido, tal como sugiere la Guía de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA) para la implantación de tratamiento extrahospitalarios, parecería ser importante lograr la participación de una considerable variedad de actores y de los modelos en pugna para la redacción de una ley que luego pueda ser implementada con relativo

consenso (9). Tales consensos no han resultado fáciles de lograr en ninguno de los países considerados. Brasil y Argentina encabezan las tensiones en este rubro. Tal vez no sea casual que en ambos casos, las leyes de salud mental son también conocidas por el nombre de quien las impulsara, a diferencia de Colombia que conoce su ley de salud mental por el nombre de un valor que buscaba promover: la esperanza.

Asimismo, las relaciones entre leyes y reformas específicas de Salud Mental y leyes y reformas más generales de salud, son particularmente iluminadas por las experiencias de estos países latinoamericanos. La salud mental no es sino un componente de la salud y, en tanto tal, las normativas que la alcanzan requieren de una armonización y de esfuerzos integrados con todo el campo de la salud. Chile y Colombia muestran dos estrategias bien distintas aunque ambas avanzan por el lado de las transformaciones en la atención de la salud general, en el seno de la cual ubican las necesarias transformaciones de la atención en Salud Mental.

La intersectorialidad con la que es indispensable pensar la ayuda para personas con trastornos mentales más severos es también una deuda pendiente en los países analizados. El modo en que se interrelacionan con frecuencia la enfermedad mental grave y la pobreza no dan lugar a duda al respecto y países más preocupados por la pobreza, como Brasil, no dejan de señalarla como una de las dificultades y limitaciones de la reforma emprendida. Un punto insoslayable del análisis de estos procesos y de la comparación entre países es el énfasis dado particularmente en Chile a la producción de datos y la evaluación de los planes implementados. Argentina tuvo que esperar más de 30 años para volver a realizar un estudio epidemiológico a gran escala en población general (50) y sigue muy rezagada en la producción de información que pueda ser útil para la planificación, el desarrollo de estrategias y programas que luego puedan ser evaluados. Por último, el cierre de grandes hospitales psiquiátricos tuvo muy importantes avances en los tres países analizados, con Chile y Brasil usando dos estrategias distintas para desarrollar alternativas a la internación. La transferencia de recursos se ha planteado con claridad en estos países, aunque se haya dado menos énfasis a la reconversión de los recursos humanos existentes. En la actualidad, Brasil vuelve a discutir la necesidad de contar con más camas para la internación psiquiátrica ante las limitaciones halladas en el desarrollo de instancias intermedias y el incremento de personas externadas que no reciben adecuada atención. Algo similar hace Colombia luego de una reducción, por motivos fundamentalmente económicos, en la cobertura de días de internación. Solo Chile parece haber podido avanzar más decididamente en la reducción de camas sin comprometer la atención. En cualquier caso es importante comprender que la reforma psiquiátrica no consiste únicamente en reducir plazas de internación psiquiátrica sino en una revisión crítica de las prácticas que no cuentan con fundamentos, en la cobertura universal y la disminución de la

brecha de tratamiento, en un respeto irrestricto de los derechos de las personas, en la integración de la salud mental como parte de la salud general, y en la orientación de los servicios de un modo intersectorial hacia

la recuperación. En este sentido, todos los países analizados siguen estando en deuda aunque algunas de sus experiencias pueden servir para las futuras transformaciones en la Argentina. ■

Referencias bibliográficas

- Levav I, Restrepo H, Guerra de Macedo C. Reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina. *Acta psiquiátrica Am lat.* 1993, 39(4), 285-293.
- OPS/OMS. *Declaración de Caracas*, 1990. Disponible en: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/067_psico_preventiva/cur-sada/dossier/declaracion_caracas.pdf.
- Díaz-Muñoz E. *Estudio comparado de leyes de salud mental internacionales*. Santiago: Ministerio de Salud de Chile, 2015.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). *Legislación sobre Salud Mental y Derechos humanos*. Ginebra, 2005.
- Jacob KS, Sharan P, Mirza I, Garrido-Cumbrera M, Seedat S, Mari JJ, Sreenivas V, Saxena S. Mental health systems in countries: Where are we now? *Lancet* 2007, 370(9592):1061-77. DOI:10.1016/S0140-6736(07)61241-0
- Semrau M, Barley E, Law A, Thornicroft G (2011). Enseñanzas obtenidas en la implementación de la asistencia a la salud mental en la población de Europa. *World Psychiatry* (Ed Esp) 2011, 10, 217-225.
- Galende E. *Psicoanálisis y salud mental: para una crítica de la razón psiquiátrica*. (3ª Edición). Buenos Aires: Ed. Paidós, 1994.
- Stagnaro JC. Los psiquiatras y los hospitales psiquiátricos. Del asilo a la comunidad. *Vertex, Rev. Arg. de Psiquiat.* 2006, 17(65): 28-34.
- Thornicroft G, Alem A, Antunes Dos Santos R, Barley E, Drake R., Gregorio G, Wondimagegn D. Guía de la WPA sobre los pasos, obstáculos y errores a evitar en la implantación de la asistencia psiquiátrica extrahospitalaria. *World Psychiatry* (Ed Esp) 2010, 8(2), 67-77.
- Delgado PG. Reforma psiquiátrica y políticas de Salud Mental en Brasil. En J. J. Rodríguez, ed. *La reforma de los servicios de Salud Mental: 15 años después de la Declaración de Caracas*. Washington: OPS, 295-326, 2007.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados 12*, 2015. Disponible en: http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial. Relatório de Gestão 2011-2015*. Ministério da Saúde: Brasília. Maio, 2016, 143 p. Disponible en: <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/27/Relat--rio-Gest--o-2011-2015---.pdf> (Último acceso 13/08/2018)
- Gentil V. Uma Leitura Anotada do Projeto Brasileiro de "Reforma Psiquiátrica". *Revista USP São Paulo*, 1999, 43, 6-23
- Diniz D. A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011. Brasília: Letras Livres, Editora Universidade de Brasília, 2013. Disponible en: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/15170/1/LIVRO_CustodiaTratamentoPsiquiatico.pdf (último acceso 13/08/2018)
- Dimenstein M. La reforma psiquiátrica y el modelo de atención psicosocial en Brasil: en busca de cuidados continuados e integrados en salud mental. *Revista en Ciencias Sociales* 2013, (11), 43-72.
- Berlinck MT. La Reforma Psiquiátrica Brasileña: Perspectivas y problemas. *Salud Mental* 2009, 32(4), 265-267.
- Gentil V. A Ética e os Custos Sociais da "Reforma Psiquiátrica". *Revista de Direito Sanitário*, 2004, 5(1)
- Natalino MAC. Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil. *Texto para discussão 2246*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.- Brasília, 2016.
- Lovisi MG. Avaliação de Distúrbios Mentais em Moradores de Albergues Públicos das Cidades do Rio De Janeiro e de Niterói. *Tese apresentada na Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Saúde Pública*. 2000.
- Martins LM. Às Imagens, as Sombras do Porvir: 30 Anos da Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Revista Diorito* 2018, 2(1)
- Minoletti A, Rojas G, & Sepúlveda R. Notas sobre la historia de las políticas y reformas de salud mental en Chile. En M. Armijo, ed. *La psiquiatría en Chile. Apuntes para una historia*. Santiago de Chile: Royal Pharma, 132-155, 2011
- Minoletti A, Sepúlveda R, & Horvitz-Lennon M. Twenty Years of Mental Health Policies in Chile: Lessons and Challenges. *International Journal of Mental Health* 2012, 41(1), 21-37. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/42003795>
- Gómez M. *Discapacidad Mental en Chile*, 2016. Disponible en: <https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=52952&prmtipo=DOCUMENTOCOMISION>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) & Ministerio de Salud de Chile. *Segundo informe WHO-AIMS sobre Sistema de Salud Mental en Chile*, 2014. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_chile.pdf
- Vicente B. et al., 2010. Epidemiología de trastornos mentales infanto-juveniles en la provincia de Cautín. *Revista Médica de Chile* 2010, 138(8), 965-973.
- Ministerio de Salud de Chile. *Plan Nacional de Salud Mental 2017 - borrador*, Santiago de Chile, 2017. Disponible en: <http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/06/Borrador-PNSM-Consulta-Pública.pdf>
- Sapag JC, Rush B, Ferris LE. Collaborative mental health services in primary care systems in Latin America: contextualized evaluation needs and opportunities. *Health Expectations* 2016, 19(1):152-69.

28. Mascayano F, Gajardo J. Ciencia de Implementación en la evaluación de programas y servicios de salud en Chile. *Rev Med Chile* 2018, 146:942-946.
29. Escudero de Santacruz C, & Molina Bulla CI. Repensar la noción oficial de salud mental. En C. I. Molina Bulla, *Construcción social de la salud mental y la psiquiatría* (págs. 59-80). Bogotá: Departamento de publicaciones de la Universidad Externado de Colombia, 2017.
30. Escudero de Santacruz C, Molina-Bulla CI, & Cruz O. *Historia Viva*, 2018. Disponible en: http://www.javeriana.edu.co/mentalpuntodeapoyo/?page_id=328
31. Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Declaración de ALMA-ATA*, 1978. Disponible en www.paho.org: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=2518
32. Colombia. Congreso de la República. *Ley 100 de 1993*. (23 de Diciembre de 1993) Obtenido de Secretaría del Senado: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html
33. Escudero de Santacruz C, Molina-Bulla C, & Cruz O. *Línea de tiempo de la APS en Colombia*. 1. Cartagena, Bolívar, Colombia, 2011.
34. Climent C & Arango MV. Atención primaria de salud mental en América Latina. El programa de Cali. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* 1981, 27(4/5), 257-74.
35. Climent C & Arango M. *Manual de psiquiatría para trabajadores de atención primaria*. Washington: Organización Panamericana de la Salud. Serie Paltex, 1983.
36. Alarcón R. *Identidad de la psiquiatría latinoamericana. Voces y exploraciones en torno a una ciencia solidaria*. México: Siglo XXI, 1990.
37. Colombia. Congreso de la República. *Ley 10 de 1990*. Disponible en Ministerio de Salud y protección social: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%200010%20DE%201990.pdf
38. Asamblea Nacional Constituyente. *Constitución Política de Colombia, 1991*. Disponible en Presidencia de la República: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Documents/Constitucion-Politica-Colombia.pdf>
39. Ardila S. Lo Comunitario y la Transformación de la Atención en Salud Mental en el Contexto de las Reformas Sanitarias Pro-mercado: Estudio de Caso – Bogotá. *Revista Investigaciones en Psicología* 2009, 14(2): 7-23.
40. Molina-Bulla CI. Gobernanza y salud mental. Dimisión del estado frente a la construcción de política pública en salud mental. En M. Gutiérrez, Cátedra UNESCO. *La investigación y la gobernanza. Reorientación de las políticas públicas sobre el desplazamiento forzado*. (págs. 177-132). Bogotá: Departamento de publicaciones de la Universidad Externado de Colombia, 2011.
41. OPS/OMS, Ministerio de Salud de Brasil (2005). *Principios de Brasilia*. Disponible en: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2008/PRINCIPIOS_DE_BRASILIA.pdf
42. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2006). *Política, planes y programas de salud mental, 2006*. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43526/8495076799_spa.pdf;jsessionid=04402D028ED6235449D-D43D48F1FF11A?sequence=1
43. OPS/OMS (2007). *La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, 2007*. Disponible en: https://cursos.campusvirtualsp.org/file.php/118/Modulo_I/md3-lp-reno
44. Ministerio de Salud y Protección Social & Colciencias. *Encuesta Nacional de Salud Mental 2015*. Tomo 1. 2015. Disponible en: <http://www.psicosocialart.es/saludmental/saludmental.htm>
45. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. *RBC en salud mental. Manual Operativo, 2016*. Obtenido de Ministerio de Salud: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/rbc-salud-manual-operativo.pdf>.
46. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. *Rutas integrales de atención en salud (RIAS)*, 2018. Obtenido de Ministerio de Salud y Protección social: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/rutas-integrales-de-atencion-en-salud.aspx>
47. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. *Plan Decenal de Salud Pública, PDSP (2012 - 2021)*, 2012. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos y Publicaciones/Plan Decenal - Documento en consulta para aprobación.pdf>
48. Colombia. Congreso de la República. *Ley 1751 de 2015*. Disponible en Ministerio de Salud y protección social: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf
49. Barrero-Plazas AM. Perspectiva de la Salud Mental en el contexto colombiano. Comentarios sobre la Ley 1616 de Salud Mental. *Revista Poiésis* 2016, 31, 72-77.
50. Stagnaro JC, Cía A, Aguilar Gaxiola S, Vázquez N, Sustas S, Benjet C, Kessler R. Twelve-month prevalence rates of mental disorders and service use in the Argentinean Study of Mental Health Epidemiology. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2018. doi.org/10.1007/s00127-017-1475-9