

# Perspectivas de la inclusión de la coordinación de políticas de salud mental en la agenda del Mercosur

## Su relación con la superación del modelo custodial basado en el hospital psiquiátrico<sup>1</sup>

Silvia Chiarvetti<sup>2</sup>

### Resumen

En este artículo se describe el tratamiento del tema de la salud en el Mercosur y se analizan las perspectivas de la inclusión de la coordinación de políticas de salud mental en su agenda. Se desarrolla la importancia de incluir la dimensión de lo social en los procesos de integración regionales. Se pone de relieve que el Mercosur, en su proceso de construcción, ha integrado otros aspectos de la dimensión social.

Se describe la estructura institucional del Mercosur, especialmente los dos foros regionales donde el área de Salud tiene competencia preponderante: la Reunión de Ministros de Salud y el Subgrupo de Trabajo N° 11 “Salud”. Se concluye que el componente de salud mental no está incluido en la agenda de Salud del Mercosur. Se analizan las perspectivas favorables para su incorporación futura, considerando la reforma del modelo de atención en salud mental que implica la sustitución del hospital psiquiátrico.

**Palabras clave:** políticas de salud mental, reforma en salud mental, desinstitucionalización.

---

<sup>1</sup> Este artículo corresponde al resultado del Objetivo 1. Identificación del estado de situación relativo a la inclusión de la coordinación de políticas de salud mental en la agenda del Mercosur, del Proyecto de Investigación “Análisis del Sector de Salud Mental en los Estados Partes y Países Asociados del Mercosur y su relación con la superación del modelo de atención basado en el hospital psiquiátrico. Estudio de casos: Argentina, Brasil, Paraguay, Uruguay, Venezuela, Bolivia y Chile” que se realiza en UCES.

<sup>2</sup> Psicóloga UNR. Docente e investigadora en UCES y en el Instituto Universitario de Ciencias de la Salud de la Fundación Barceló. Coordinadora técnica del Departamento de Investigación en la Universidad ISALUD. schiarvetti@isalud.edu.ar

## Abstract

This paper describes the way health is considered within the Mercosur and analyzes the approaches of the inclusion of mental health policies coordination in its agenda. It develops the relevance of including the social dimension in regional integration processes and it is stated that the Mercosur has included other social aspects in its construction process. The institutional structure of the Mercosur is also described, mainly the regional forums in which health has high relevance: the Meeting of Health Ministries and the Subgroup N° 11 “Health”. The conclusion is that mental health is not included in the Health agenda of Mercosur. We analyze the favourable approaches to get it included in the future, considering the reform of the mental health model that implies the substitution of the psychiatric hospital.

**Keywords:** mental health policies, mental health reform, substitution of psychiatric hospital model.

## Resumo

Neste artigo descreve-se o tratamento do tema da saúde no Mercosul e analisam-se as perspectivas da inclusão da coordenação de políticas da saúde mental na agenda.

Desenvolve-se a importância de incluir a dimensão do social nos processos de integração regionais. Destaca-se que o Mercosul, no seu processo de construção, tem integrado outros aspectos da dimensão social. Descreve-se a estrutura institucional do Mercosul, especialmente os dois foros regionais nos quais a área da Saúde tem competência preponderante: a Reunião de Ministros da Saúde e o Subgrupo de Trabalho N° 11 “Saúde”. Arriva-se à conclusão que o componente da saúde mental não está incluído na agenda da Saúde do Mercosul. Analisam-se as perspectivas favoráveis para a sua futura incorporação, considerando a reforma do modelo de atenção da saúde mental que implica a substituição do hospital psiquiátrico.

**Palavras-chave:** políticas da saúde mental, reforma do modelo de atenção da saúde mental, substituição do hospital psiquiátrico.

## 1. Introducción

El Tratado para la Constitución de un Mercado Común entre la República Argentina, la República Federativa del Brasil, la República del Paraguay y la República Oriental del Uruguay conocido como el Tratado de Asunción, fue firmado en la ciudad de Asunción el 26 de marzo de 1991. En sus Considerandos se plantea “que la ampliación de las actuales dimensiones de sus mercados nacionales, a través de la integración, constituye condición fundamental para acelerar sus procesos de desarrollo económico con justicia social” y, entiende que, ese objetivo debe ser alcanzado mediante el más eficaz aprovechamiento de los recursos disponibles, la preservación del medio ambiente, el mejoramiento de las interconexiones físicas, la coordinación de las políticas macroeconómicas y la complementación de los diferentes sectores de la economía, con base en los principios de gradualidad, flexibilidad y equilibrio; ...”<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Tratado para la Constitución de un Mercado Común entre la República Argentina, la República Federativa del Brasil, la República del Paraguay y la República Oriental del Uruguay. Asunción, 1991. Conocido como el Tratado de Asunción.

También se manifiesta estar convencidos “de la necesidad de promover el desarrollo científico y tecnológico de los Estados Partes y de modernizar sus economías para ampliar la oferta y la calidad de los bienes y servicios disponibles a fin de mejorar las condiciones de vida de sus habitantes”<sup>4</sup>.

La decisión de los Estados Partes de constituir un “Mercado Común del Sur” (Mercosur) implica “la libre circulación de bienes, servicios, y factores productivos entre los países (...), así como la coordinación de políticas macroeconómicas y sectoriales”, entre las cuales se encuentran las de servicios. Además, asumen “el compromiso de armonizar sus legislaciones en las áreas pertinentes para lograr el fortalecimiento del proceso de integración”<sup>5</sup>.

El Tratado de Asunción crea dos órganos que estarán a cargo de la Administración y ejecución del mismo y de los acuerdos específicos y decisiones que se adopten en su marco jurídico durante el período de transición<sup>6</sup>:

**a) Consejo del Mercado Común (CMC).** Es el órgano superior del Mercado Común; le corresponde la conducción política del mismo y la toma de decisiones para asegurar el cumplimiento de los objetivos y plazos establecidos para la constitución definitiva del Mercado Común. Está integrado por los Ministros de Relaciones Exteriores y los Ministros de Economía de los Estados Partes.

**b) Grupo Mercado Común (GMC).** Es el órgano ejecutivo del Mercado Común y está coordinado por los Ministerios de Relaciones Exteriores. Este grupo tiene facultades de iniciativa. Entre sus funciones están: velar por el cumplimiento del Tratado y tomar las providencias necesarias para el cumplimiento de las decisiones adoptadas por el Consejo. Podrá, además, construir los Subgrupos de Trabajo que sean necesarios para el cumplimiento de sus objetivos.

Se constituyeron, inicialmente, 10 Subgrupos de Trabajo<sup>7</sup> a los efectos de la coordinación de las políticas macroeconómicas y sectoriales, entre los cuales no estaba incluido Salud.

Posteriormente, el 17 de diciembre de 1994, se firmó en Ouro Preto, en la República Federativa del Brasil, el Protocolo Adicional al Tratado de Asunción, sobre la Estructura Institucional del Mercosur. Allí se incorporaron los siguientes órganos: la Comisión de Comercio del Mercosur (CCM); la Comisión Parlamentaria Conjunta (CPC); el Foro Consultivo Económico-Social (FCES) y la Secretaría Administrativa del Mercosur (SAM).

En el artículo 14 del Protocolo de Ouro Preto se ampliaron las funciones y atribuciones del Grupo Mercado Común en relación a las establecidas originalmente en el

---

<sup>4</sup> *Ibidem*.

<sup>5</sup> *Ibidem*.

<sup>6</sup> El período de transición debía extenderse desde la entrada en vigencia del Tratado hasta el 31 de diciembre de 1994.

<sup>7</sup> Anexo V del Tratado de Asunción.

tratado de Asunción; entre ellas se destacan que puede proponer proyectos de Decisión al Consejo del Mercado Común y tomar las medidas necesarias para el cumplimiento de las decisiones adoptadas por el Consejo del Mercado Común. El Grupo Mercado Común se pronunciará mediante Resoluciones, que serán obligatorias para los Estados Partes.

## **2. La dimensión de lo social en los procesos de integración regional. La inclusión de la salud**

El Tratado de Asunción pone de relieve la naturaleza esencialmente económica y comercial del Mercosur al implicar “la libre circulación de bienes, servicios y factores productivos entre los países”<sup>8</sup>. Sin embargo, el proceso de construcción y consolidación del Mercosur revela una agenda de integración más abarcativa que el intercambio comercial y que incorpora, progresivamente, otros aspectos de la dimensión social.

El planteamiento ortodoxo, que considera que el crecimiento económico antecede a la distribución, ha demostrado en los países de América Latina -y especialmente en Argentina-, que no conduce necesaria y automáticamente a la equidad.

Sobre la base de que las políticas que se ocupan del crecimiento y las que se ocupan de los efectos distributivos pueden complementarse, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) viene proponiendo desde 1990 un enfoque que ha definido como *Transformación productiva con equidad*. Considera que “La transformación productiva -es decir, una expansión económica sustentada en la incorporación deliberada y sistemática del progreso técnico- es indispensable para superar la pobreza y lograr un mayor nivel de equidad”<sup>9</sup>.

En este enfoque integrado de la CEPAL “se insiste en la necesaria complementariedad de las políticas orientadas a una mayor eficiencia y un mayor crecimiento, por una parte, y aquellas que tienen como meta lograr mayor bienestar y una mejor distribución del ingreso, por otra. En ese mismo orden de ideas, crecimiento y equidad son productos tanto de la política económica como de la social; ninguna de las dos son neutras en términos distributivos y ambas influyen en la capacidad de crecer”<sup>10</sup>.

Es decir que, en los procesos más profundos de integración regional, hay espacio para incluir y abordar materias sociales, como lo es la salud. En este sentido, el concepto de *equidad* en salud adquiere relevancia. Amartya Sen considera que “(...) la salud es una de las condiciones más importantes de la vida humana y un componente fundamental de las posibilidades humanas que tenemos motivos para valorar. Ninguna concepción de la justicia social que acepte la necesidad de una distribución equitativa y de una

---

<sup>8</sup> Tratado de Asunción.

<sup>9</sup> Rosenthal, G., “Procesos de Integración Regional y las Políticas Sociales”. En: *Las dimensiones sociales de la integración regional en América latina*, Franco, R. y Di Filippo, A. (compiladores), Santiago de Chile, Naciones Unidas-CEPAL (Comisión Económica para América Latina y El Caribe), 1999, Capítulo VI.

<sup>10</sup> *Ibidem*.

formación eficiente de las posibilidades humanas puede ignorar el papel de la salud en la vida humana y en las oportunidades de las personas para alcanzar una vida sana, sin enfermedades y sufrimientos evitables ni mortalidad prematura. La equidad en la realización y distribución de la salud queda así incorporada y formando parte integral de un concepto más amplio de la justicia”<sup>11</sup>. Sostiene, también, que la equidad en salud debe ser vista como un concepto multidimensional y agrega: “Incluye aspectos relacionados con el logro de la salud y la posibilidad de lograr buena salud, y no solo con la distribución de la atención sanitaria”<sup>12</sup>.

Es interesante destacar esta diferencia que Amartya Sen establece entre *el logro de la salud y la posibilidad de lograr buena salud*, en tanto plantea que “Lo que es particularmente grave como injusticia es que algunos pueden no tener la oportunidad de alcanzar una buena salud debido a acuerdos sociales y no, digamos, a una decisión personal de no preocuparse particularmente por su salud”<sup>13</sup>. Es decir, Sen está señalando la importancia de las facilidades sociales ofrecidas para alcanzar el logro de la salud, como por ejemplo, la atención sanitaria, aunque considera que los factores que pueden contribuir a los logros y fracasos en el campo de la salud van más allá de la distribución de la *atención sanitaria*. El pensamiento de este autor apunta a tomar en consideración cómo se relaciona la salud con otras características a través de la asignación de recursos y de los acuerdos sociales.

Los Presidentes de los Estados Partes del Mercosur reafirmaron en la reunión del Mercado Común realizada en Córdoba (Argentina) en julio de 2006 “el carácter del bloque como instrumento para promover el desarrollo integral, enfrentar la pobreza y la exclusión social, basado en la complementación, en la solidaridad y en la cooperación, y como medio para fomentar la integración productiva y la inserción de sus economías en el contexto internacional”<sup>14</sup>.

### **3. El tratamiento del tema de la salud en el Mercosur**

Si bien, hasta el momento, no hay intenciones en el Mercosur de integrar los sistemas de salud de los países ni existen acuerdos para que los ciudadanos de un Estado Parte puedan ser atendidos por el sistema de salud de otro Estado Parte, es posible esperar que, en un futuro, estas cuestiones sean incluidas dada la perspectiva de la libre circulación de las personas. No obstante, el tema de la salud ha sido tratado de forma cada vez más amplia<sup>15</sup>.

---

<sup>11</sup> Sen, A., “¿Por qué la equidad en salud?”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 11, N° 5-6, Washington, mayo/junio de 2002.

<sup>12</sup> *Ibidem*.

<sup>13</sup> *Ibidem*.

<sup>14</sup> Comunicado Conjunto de los Presidentes del Mercosur y Estados Asociados, 2006.

<sup>15</sup> Lucchese, G., “La salud en el Mercosur”, *Correo SALUD*, Año IX, N° 10, 2007, Publicación de la Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud en el Cono Sur de América Latina, pág. 9.

Este tratamiento se realiza a través de dos foros regionales en los que el área de Salud tiene competencia preponderante: la Reunión de Ministros de Salud y el Subgrupo de Trabajo N° 11 Salud. Ambos son de carácter deliberativo y consultivo y se reúnen al menos dos veces al año<sup>16</sup>.

La **Reunión de Ministros de Salud (RMS)** fue creada en 1995<sup>17</sup> por el Consejo del Mercado Común, teniendo como función proponer a dicho Consejo las medidas tendientes a la coordinación de políticas en el área de salud para el Mercosur. Es decir, procura armonizar políticas sanitarias entre los Estados, a la vez que ha creado varias Comisiones Intergubernamentales que asesoran en diversas materias.

En 2006, los Ministros de Salud actualizaron la Estructura Institucional de la RMS<sup>18</sup> transformando todos sus núcleos, grupos o comisiones de trabajo en Comisiones Intergubernamentales, que son las siguientes: Sistemas de Información y Comunicación en Salud, Política de Medicamentos, Control de Dengue, VIH-SIDA, Control del Tabaco, Salud Sexual y Reproductiva, Salud y Desarrollo, Gestión de Riesgo y Reducción de Vulnerabilidad, Salud Ambiental y del Trabajador, Implementación del RSI (Reglamento Sanitario Internacional) y Donación y Transplantes. Se tiene, de esta forma, un panorama de cuáles son los temas que se han priorizado en el Foro de Reuniones de Ministros de Salud.

Sebastián Tobar, Director de Relaciones Internacionales del Ministerio de Salud de Argentina, menciona que, desde su creación, se realizaron 20 reuniones y en ellas se han aprobado alrededor de 84 Acuerdos de Ministros, vinculados 9 con Dengue, 9 con Políticas de Medicamentos, 8 con Política Antitabáquica, 7 con Articulación e información en Salud, 7 con Salud Sexual y Reproductiva, 6 con HIV-SIDA y 5 con Reglamento Sanitario Internacional<sup>19 20</sup>.

Este autor expresa que “Las Reuniones de Ministros de Salud del Mercosur se plantean como un ámbito apropiado para la producción de conocimiento, la investigación y la realización de estudios de políticas comparadas, generando un círculo virtuoso para el proceso de *policy making* de los países miembros y asociados. En este sentido, podemos mencionar varios ya realizados como el Estudio Comparado de las Políticas de Medicamentos y el Estudio Comparado de la Legislación Vinculada a Tabaco”<sup>21</sup>.

---

<sup>16</sup> Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, *Informe de gestión 2004*, Buenos Aires, enero de 2005.

<sup>17</sup> Mercosur/CMC/DEC. N° 3/95.

<sup>18</sup> Mercosur/RMS/ACUERDO N° 01/06.

<sup>19</sup> Tobar, S., “Bienes Públicos Regionales de Salud en el Mercosur”, *[i] salud* Volumen 2, Número 8, julio 2007, Publicación del Instituto Universitario ISALUD, pág. 12.

<sup>20</sup> Hasta fines de 2007, se han realizado 23 Reuniones y los temas no han variado sustancialmente.

<sup>21</sup> Tobar, S., ob.cit., pág. 12.

Merece destacarse que en Junio de 2006 se realizó en Buenos Aires la XX Reunión de Ministros de Salud y la V Reunión de Ministros de Medio Ambiente donde se afirmó que “la coordinación de las políticas de salud y de ambiente es una herramienta para mejorar la calidad de vida y garantizar el bienestar de nuestros pueblos”<sup>22</sup>.

**El Subgrupo de Trabajo N° 11 “Salud”** fue creado en 1996<sup>23</sup>. Ya se ha señalado que Salud no estaba incluido entre los primeros diez Subgrupos creados en el Tratado de Asunción. Se trata de un foro regional técnico que tiene por función armonizar la legislación de los Estados Partes en materia sanitaria, y que en particular otorga prioridad a los bienes, servicios, materias primas y productos del área de la salud, los criterios para la vigilancia epidemiológica y el control sanitario”<sup>24</sup>.

En la Resolución de creación se instruye al Subgrupo para que elabore la propuesta de la Pauta Negociadora<sup>25</sup> para ser sometida al GMC. Una nueva Pauta fue aprobada por el GMC en junio de 2007<sup>26</sup>. Allí se establece que la Tarea General del Subgrupo N° 11 “Salud” consiste en: “Armonizar legislaciones y directrices, promover la cooperación técnica y coordinar acciones entre los Estados Partes referentes a la atención a la salud, bienes, servicios; materias primas y productos para la salud; ejercicio profesional; vigilancia epidemiológica y control sanitario, con la finalidad de promover y proteger la salud y la vida de las personas y eliminar los obstáculos injustificables al comercio regional y la atención integral y de calidad, contribuyendo de esta manera al proceso de integración”.

Las Areas de Trabajo de la Pauta Negociadora son: 1. Productos para la Salud; 2. Vigilancia en Salud y 3. Servicios de Atención a la Salud. Cada una de estas áreas de trabajo es responsabilidad de su respectiva Comisión.

El propósito central de la **Comisión de Servicios de Atención a la Salud (COSERATS)**, además de la armonización de los marcos regulatorios de los servicios de salud de los Estados Partes, es el de favorecer la cooperación técnica e integración en el ámbito del Mercosur, creando condiciones objetivas para que los Estados Partes puedan ampliar el acceso de atención de la salud de la población del Mercosur, asegurar su calidad y resolutiveidad.

La Pauta Negociadora establece que la Comisión funcionará por medio de la acción directa sobre los temas de servicios de salud y de las unidades de trabajo:

---

<sup>22</sup> Declaración Conjunta de las Ministras y Ministros de Salud y de Medio Ambiente del Mercosur y Estados Asociados. En la Ciudad de Buenos Aires, República Argentina, a los 29 días del mes de junio de 2006.

<sup>23</sup> Mercosur/GMC/RES. N° 151/96.

<sup>24</sup> Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, ob.cit.

<sup>25</sup> La Pauta Negociadora es la norma que establece los temas y el orden de prioridades para consensuar entre los Estados Partes.

<sup>26</sup> Mercosur/GMC/RES. N° 13/07.

## 1. Desarrollo y Ejercicio Profesional y 2. Evaluación y Uso de Tecnologías en Servicios de Salud.

Los temas de la Comisión de Servicios de Atención a la Salud consisten en:

- Definir directrices para la habilitación y funcionamiento de los servicios de salud de los Estados Partes, considerando los diferentes niveles de atención, complejidad y cualificación de los servicios:
  - a) Desarrollo del primer nivel de atención;
  - b) Atención materno-infantil;
  - c) Atención de las urgencias y emergencias;
  - d) Redes de servicios de media y alta complejidad.
- Armonizar sistemas de regulación y fiscalización de los servicios de salud.
- Identificar las necesidades de conocimiento sobre los servicios de salud de los Estados Partes (estudios de sistemas de salud, marcos regulatorios comparados, etc.) tendientes a dar insumos para avanzar en el proceso de armonización normativa.

Es estimulante, a los fines del presente trabajo, encontrar que en la nueva Pauta Negociadora se definen temas de la Comisión de Servicios de Atención a la Salud que abren espacios para la armonización de normativas referidas al funcionamiento de los servicios de salud, aunque se esté muy lejos de pensar en la integración de los sistemas y servicios de salud.

Si bien no se encuentran indicios de que el componente de salud mental esté mencionado, en algún momento del proceso de discusión en la Comisión debería ser incluido, fundamentalmente cuando se trabaje sobre el desarrollo del primer nivel de atención, la atención de urgencias y emergencias y/ o las redes de servicios, ya que el subsistema de Salud Mental es y debe ser parte integrante de estos niveles y redes si se busca obtener calidad en los servicios.

## **4. Las políticas en salud mental, la reforma del modelo de atención custodial y la mejoría de la calidad de vida**

Las políticas en salud mental, especialmente en aquellos aspectos vinculados a la reforma del modelo de atención, constituyen un aspecto relevante en relación a la mejoría de la calidad de vida de los habitantes de los países que conforman el Mercosur.

Esta calidad de vida favorece los procesos de desarrollo económico con justicia social -objetivos del Tratado de Asunción- y mejora los índices de desarrollo humano, aumentando la equidad.

En el Mensaje de octubre de 2001 la Dra. Gro Harlem Brundtland -por entonces Directora General de la Organización Mundial de la Salud (OMS)- explicaba que el lema del Día Mundial de la Salud de ese año, “Salud mental: sí a la atención, no a la exclusión”, era un mensaje muy sencillo: “La salud mental -a la que durante mucho

tiempo no se ha prestado la atención que merece- es fundamental para el bienestar general de las personas, de las sociedades y de los países, y es preciso abordarla en todo el mundo desde una nueva perspectiva<sup>27</sup>.

En la publicación de 1997 de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)<sup>28</sup> se estimaba que el conjunto de los problemas de salud mental en todo el mundo constituyen una de las mayores causas de años de vida sana perdidos, siendo responsables por un 8,1% de la pérdida. Esta carga global de la morbilidad (CGM) medida en años de vida perdidos ajustados en función de la discapacidad (AVAD) es un tributo mayor que el impuesto por la tuberculosis, el cáncer o las enfermedades del corazón. La carga de los trastornos neuropsiquiátricos en América latina y el Caribe, ya se estimaba en el 8%. Según informa la OMS<sup>29</sup> este porcentaje habría aumentado al 12% en el año 2000 y se prevé que llegará hasta el 15% en 2020.

La OMS señala que “el impacto económico de los trastornos mentales es amplio, duradero y de gran magnitud. Estos trastornos imponen una serie de costos a los individuos, las familias y las comunidades en su conjunto. Parte de esta carga es obvia y mensurable, pero parte de ella es casi imposible de medir. Entre los componentes mensurables de la carga económica se encuentran las necesidades de servicios de asistencia sanitaria y social, la pérdida de empleo y el descenso de la productividad, el impacto sobre las familias y los cuidadores, (...) y el impacto negativo de la mortalidad prematura<sup>30</sup>”.

Algunos estudios, en su mayoría procedentes de países industrializados, han estimado los costos económicos acumulados de los trastornos mentales, pero es muy escasa la disponibilidad de estimaciones procedentes de otros países. Puede considerarse que todas las estimaciones de las evaluaciones económicas son muy probablemente inferiores a la realidad, ya que en su cálculo no se tienen en cuenta los costos que la pérdida de oportunidades lleva aparejados para los individuos y las familias<sup>31</sup>.

Los trastornos mentales perturban profundamente la vida de las personas afectadas y de sus familias, causando infelicidad y sufrimiento psíquico. Tal como informa la OMS, el impacto negativo de los trastornos mentales sobre la calidad de vida de los individuos es prolongado. Se ha demostrado que, incluso después de la recuperación del trastorno, la calidad de vida sigue siendo mala debido a factores sociales como la persistencia del estigma y la discriminación<sup>32</sup>.

---

<sup>27</sup> Organización Mundial de la Salud, *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*, Ginebra, 2001.

<sup>28</sup> Desjarlais, R.; Eisenberg, L.; Good, B. y Kleinman, A., *Salud mental en el mundo. Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos*, Washington, Organización Panamericana de la Salud, 1997.

<sup>29</sup> Organización Mundial de la Salud, ob. cit.

<sup>30</sup> Organización Mundial de la Salud, ob. cit.

<sup>31</sup> Organización Mundial de la Salud, ob. cit.

<sup>32</sup> Organización Mundial de la Salud, ob. cit.

Es por ello que el modelo de atención en salud mental es de alta importancia en su capacidad de ofrecer alternativas que tiendan a no fomentar procesos de cronificación.

**La reforma sectorial en salud mental:** La crítica moderna al modelo manicomial, iniciada a finales de la Segunda Guerra Mundial ha contado con las contribuciones teóricas de autores como Erving Goffman -con su conceptualización de las instituciones totales<sup>33</sup>- y Michel Foucault<sup>34 35</sup> con el develamiento de las relaciones de poder constitutivas de la psiquiatría, no solo sobre el paciente sino también sobre la sociedad misma, a través de la institución manicomial. Como señala Emiliano Galende, “la salud mental, y ya antes la psiquiatría, implica siempre una cierta política respecto de un sector específico de problemáticas humanas”<sup>36</sup>.

Hacia mediados del siglo XX se producen cuatro movimientos institucionales que constituyen el pasaje de la psiquiatría positivista a las políticas en salud mental: las Comunidades Terapéuticas en Inglaterra, la Política del Sector en Francia, la Psiquiatría Comunitaria en Estados Unidos y la Psiquiatría Democrática en Italia, siendo este último el movimiento de reforma que llega hasta el presente fuertemente consolidado, con la superación del modelo custodial y tomado como ejemplo en muchos procesos de reforma sectorial.

El modelo de atención custodial ha sido reconocido hace ya muchos años como de ineffectividad terapéutica, demostrándose desde diversos ángulos el carácter antiterapéutico del hospital psiquiátrico.

El enjuiciamiento del manicomio se ha estructurado sobre cuatro ejes: **ético-jurídico** (violación sistemática de los derechos humanos y déficit en las legislaciones que reconozcan esos derechos); **clínico** (inefectividad terapéutica y cronificación); **institucional** (institución total y relaciones de sumisión y violencia) y **sanitarista** (el hospital psiquiátrico es el obstáculo más serio para la organización de una atención más justa y adecuada, integrada dentro del sistema general de asistencia en la comunidad). El examen del hospital psiquiátrico desde este **eje sanitarista** señala cómo

---

<sup>33</sup> Goffman, E., *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Buenos Aires, Amorrortu, 2ª edición, 1972.

Goffman define la institución total “como un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente”. El autor menciona las cárceles como ejemplo notorio, pero advierte que el mismo carácter intrínseco de prisión tienen otras instituciones, cuyos miembros no han quebrantado ninguna ley. Entre estas instituciones incluye los hospitales psiquiátricos.

<sup>34</sup> Foucault, M., *Historia de la locura en la época clásica*, México, Fondo de Cultura Económica. 3ª reimpresión, 1992.

<sup>35</sup> Foucault, M., *El poder psiquiátrico*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 1ª edición en español, 2005.

<sup>36</sup> Galende, E., *Psicoanálisis y salud mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*, 1ª edición, Buenos Aires, Paidós, 1991.

la organización centralizada del mismo produce la locura administrativa, ejecutiva y organizativa. El dispendio de recursos humanos, espacios y bienes materiales, entre otros, es tanto mayor cuanto más deplorable es la condición de los internados; pero lo más serio es la substracción de recursos humanos y financieros para posibles programas de asistencia extramanicomial<sup>37</sup>.

Por otra parte, la **desinstitucionalización** es un proceso muy complejo, del cual la salida de los pacientes del hospital es solo uno de sus componentes, ya que requiere la creación de alternativas asistenciales extrahospitalarias y la proyección comunitaria de la asistencia, superando el aislamiento del hospital psiquiátrico.

El concepto de desinstitucionalización pone en cuestión no solo al hospital psiquiátrico, sino a todo el subsistema de salud mental, ya que implica una revisión de toda la organización, sus instituciones y sus prácticas.

En 1990, la Declaración de Caracas representó para los países de América latina un marco fundamental para el cambio del modelo custodial hacia un modelo basado en la comunidad.

La Declaración de Caracas fue el resultado de la Conferencia Regional sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, convocada por OMS/OPS. La Conferencia reunió organizaciones, asociaciones, autoridades de salud, profesionales de salud mental, legisladores y juristas y la Declaración que produjo partió de algunas observaciones:

1. Que la atención psiquiátrica convencional no permite alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva;
2. Que el hospital psiquiátrico, como única modalidad asistencial, obstaculiza el logro de los objetivos antes mencionados al:
  - a) Aislar al enfermo de su medio, generando de esa manera mayor discapacidad social,
  - b) Crear condiciones desfavorables que ponen en peligro los derechos humanos y civiles del enfermo,
  - c) Requerir la mayor parte de los recursos financieros y humanos asignados por los países a los servicios de salud mental.

También es importante recordar que la Conferencia declara, entre otros puntos:

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

---

<sup>37</sup> González Uzcátegui, R. y Levav, I. (editores), *Reestructuración de la atención psiquiátrica: Bases conceptuales y guías para su implementación*, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1991.

2. Que la reestructuración de la atención psiquiátrica en la Región implica la revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios;
3. Que los recursos, cuidados y tratamientos provistos deben:
  - a) salvaguardar, invariablemente, la dignidad personal y los derechos humanos y civiles,
  - b) estar basados en criterios racionales y técnicamente adecuados,
  - c) propender a la permanencia del enfermo en su medio comunitario.
4. Que las legislaciones de los países deben ajustarse de manera que:
  - a) aseguren el respeto de los derechos humanos y civiles de los enfermos mentales, y
  - b) promuevan la organización de servicios comunitarios de salud mental que garanticen su cumplimiento;
5. Que la capacitación del recurso humano en Salud Mental y Psiquiatría debe hacerse apuntando a un modelo cuyo eje pasa por el servicio de salud comunitaria y propicia la internación psiquiátrica en los hospitales generales<sup>38</sup>.

La Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica elaboró, además, un conjunto de recomendaciones, entre las que se destacan las siguientes<sup>39</sup>:

1. Que la legislación nacional garantice que el tratamiento psiquiátrico respete plenamente los derechos individuales, civiles y políticos del enfermo, su identidad y dignidad personales y su libertad de comunicación, y promueva la reconstrucción de la capacidad del enfermo para ejercer sus derechos.
2. Que los planes y programas de salud mental desarrollen un modelo de atención centrado en la comunidad e incorporado a los planes generales de salud, y que utilicen la atención primaria como la estrategia para su extensión a toda la población.
3. Que la legislación que se dicte considere el reemplazo gradual del hospital psiquiátrico como centro hegemónico de la asistencia psiquiátrica y se dirija a lograr su inserción en el sistema general de atención de la salud de la población.
4. Que la legislación desaliente o evite la construcción de nuevos hospitales psiquiátricos, la ampliación de los existentes, y la utilización de estructuras con alta concentración de plazas.

Se evidencia, tanto en la Declaración de Caracas como en las Recomendaciones de la Conferencia, que la reestructuración planteada implica la revisión crítica del papel hegemónico del hospital psiquiátrico y su reemplazo gradual como centro de la atención psiquiátrica, pero no se plantea su gradual sustitución sino su inserción en el sistema general de atención de salud de la población.

---

<sup>38</sup> González Uzcátegui, R. y Levav, I. (editores), ob. cit.

<sup>39</sup> *Ibidem*, ob. cit.

En ocasión de cumplirse 15 años de la Declaración de Caracas se realizó en Brasilia la Conferencia Regional sobre la Reforma de los servicios de Salud Mental. En la conferencia dictada por Caldas de Almeida decía: “Los objetivos fundamentales de la Declaración son muy claros: por un lado la reestructuración de la atención psiquiátrica y por otro lado la promoción y protección de los derechos humanos y civiles de las personas con problemas de salud mental. (...) resulta que cualquier reflexión sobre los avances alcanzados desde 1990 tendrá que basarse esencialmente en una apreciación de los avances y fracasos registrados en el desarrollo de políticas, planes y servicios, por un lado, y en el desarrollo de legislación y por otro lado, otras medidas de protección de los derechos de los pacientes”<sup>40</sup>.

Evaluaba, además, Caldas de Almeida, que a pesar de lo justo de estos objetivos y de los avances registrados en el conocimiento en las diversas áreas relacionadas con la salud mental, los indicadores disponibles muestran que, en la gran mayoría de las poblaciones, las metas de Caracas continúan sin cumplirse enteramente. Señalaba que, si bien hay experiencias exitosas<sup>41</sup> que muestran que es posible retirar al hospital psiquiátrico del papel hegemónico tradicional, la mayoría de los hospitales psiquiátricos de América Latina no han cambiado significativamente y siguen consumiendo la mayor parte de los recursos asignados a la salud mental. En relación a las camas psiquiátricas en los hospitales psiquiátricos y en los hospitales generales en la Región de las Américas, son respectivamente el 80,6 y 10,3% del total de camas, indicando estos números el lento avance de la creación de unidades de psiquiatría en los hospitales generales. Las camas psiquiátricas siguen siendo, en su mayoría, camas para pacientes de larga estancia, lo que significa que muchos hospitales psiquiátricos no han cambiado sustancialmente su práctica asilar.

Es importante destacar que en el Informe de la OMS sobre Salud Mental del 2001<sup>42</sup>, se avanza en el cuestionamiento al hospital psiquiátrico, evidenciándose en las Recomendaciones de acción que se formulan. En la tercera recomendación general “Prestar asistencia en la comunidad” se dice: “La atención comunitaria tiene mejores efectos que el tratamiento institucional en el pronóstico y la calidad de vida de las personas con trastornos mentales crónicos. Además, el traspaso de los pacientes de hospitales psiquiátricos a la asistencia comunitaria es económicamente eficiente y respeta los derechos humanos. Por lo tanto, se deben suministrar servicios de salud mental en la comunidad, utilizando para ello todos los recursos disponibles. Los servicios comunitarios pueden facilitar la intervención temprana y limitar la estigmatización aparejada al hecho de recibir tratamiento. Los grandes hospitales psiquiátricos custodiales deben ser sustituidos por centros de atención comunitaria respaldados por camas psiquiátricas en los hospitales generales y apoyo a la asistencia domiciliaria”.

---

<sup>40</sup> Caldas de Almeida, J.M., “Logros y obstáculos en el desarrollo de políticas y servicios de salud mental en los países de América Latina y El Caribe después de la Declaración de Caracas”. Conferencia dictada en la Conferencia Regional sobre la Reforma de los servicios de Salud Mental “15 años después de la Declaración de Caracas”, Brasilia, Brasil, 7 al 9 de noviembre de 2005, OPS/OMS-MS/Brazil.

<sup>41</sup> Entre esas experiencias menciona la de Río Negro en Argentina.

<sup>42</sup> Organización Mundial de la Salud, ob. cit.

También considera que se requieren servicios de rehabilitación a nivel comunitario, junto con la provisión de apoyo para situaciones de crisis, viviendas protegidas y empleo protegido.

## **5. Perspectivas de la inclusión de las políticas de salud mental y la reforma sectorial en la agenda del Mercosur**

El recorrido realizado en este artículo evidencia la no consideración, en el Mercosur, de la problemática en torno a la salud mental y la prestación de los servicios correspondientes.

Si bien se puede inferir que, como sucede en general, los gobiernos de los países no prestan la debida atención a esta cuestión -quizás por no estimar adecuadamente los costos sociales y económicos que conllevan-, el Mercosur también lo esté haciendo; aunque, por ejemplo, Brasil está llevando a cabo hace años un proceso de reforma en salud mental muy importante, y en Argentina y Uruguay hay experiencias significativas en tal sentido.

En la temática Salud, es posible concluir que en el proceso de integración regional del Mercosur, otras son las urgencias y prioridades, tal como surge del análisis de los dos Foros del Mercosur pertinentes al tema. La complejidad de las características del funcionamiento institucional de la estructura del Mercado Común del Sur, a su vez, hace lento el avance en las decisiones.

Como perspectivas favorables se pueden contabilizar los lineamientos a los que se ha hecho referencia de los organismos internacionales, que están prestando particular atención al tema en la Región de las Américas.

En tal sentido ha resultado auspicioso el Foro de Autoridades de Salud Mental de los Países de América del Sur, realizado del 3 al 5 de septiembre de 2007 en Luján, Provincia de Buenos Aires, Argentina. Representantes de Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela presentes en el Foro, se comprometieron a continuar avanzando en los procesos regionales y nacionales de reforma de la salud mental, reiterando que se refuercen los trabajos en pro de la disolución de los así llamados comúnmente “manicomios” u hospitales psiquiátricos.

El representante de la OPS/OMS en Argentina, Dr. José Antonio Pagés, aseguró durante el encuentro, que la atención a las personas con trastornos mentales continúa siendo un elemento de la Agenda inconclusa en América Latina<sup>43</sup>.

Entre las Consideraciones Finales y Acuerdos del Foro de Autoridades de Salud Mental de los Países de América del Sur<sup>44</sup>, entre otros puntos, se acordó a nivel de

---

<sup>43</sup> Comunicado de Prensa de OPS, 6 de septiembre de 2007.

<sup>44</sup> Foro de Autoridades de Salud Mental de los Países de América del Sur. Consideraciones Finales y Acuerdos, 3 al 5 de septiembre de 2007, Luján, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

los países efectuar gestiones para la posibilidad de incluir el componente de salud mental en el Mercosur. También es importante destacar que se proponen fortalecer las relaciones de intercambio de experiencias entre los países, para lo cual se recomendó diseñar e implementar Proyectos de Cooperación Técnica entre los Países (PCT). Se avanzó en compromisos para desarrollar un PCT entre Perú, Chile y Argentina y otro entre Brasil y Paraguay. El Foro de Autoridades se conformó como un Foro Permanente de Autoridades de Salud Mental, con el objetivo de favorecer la promoción de un proceso permanente de cambio para la construcción de sistemas y servicios basados en la comunidad; el intercambio entre los países; la articulación constante de personas e instituciones y mantener una actualización de la situación de los países en temas de interés común.

**En síntesis:** si la necesidad de la reforma en salud mental está adquiriendo visibilidad y se va incorporando a la agenda de los gobiernos de la región que aún no la han emprendido, existen perspectivas para su futura incorporación a la agenda del Mercosur.

## **Bibliografía**

Caldas de Almeida, J.M., “Logros y obstáculos en el desarrollo de políticas y servicios de salud mental en los países de América latina y el Caribe después de la Declaración de Caracas”. Conferencia dictada en la Conferencia Regional sobre la Reforma de los servicios de Salud Mental “15 años después de la Declaración de Caracas”, Brasilia, Brasil, 7 al 9 de noviembre de 2005, OPS/OMS-MS/Brazil.

Comunicado Conjunto de los Presidentes del Mercosur y Estados Asociados, 2006.

Declaración Conjunta de las Ministras y Ministros de Salud y de Medio Ambiente del Mercosur y Estados Asociados. En la Ciudad de Buenos Aires, República Argentina, a los 29 días del mes de junio de 2006.

Desjarlais, R.; Eisenberg, L.; Good, B. y Kleinman, A., *Salud mental en el mundo. Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos*, Washington, Organización Panamericana de la Salud, 1997.

Foro de Autoridades de Salud Mental de los Países de América del Sur. Consideraciones Finales y Acuerdos, 3 al 5 de septiembre de 2007, Luján, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Foucault, M., *Historia de la locura en la época clásica*, México, Fondo de Cultura Económica, 3ª reimpresión, 1992.

Foucault, M., *El poder psiquiátrico*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 1ª edición en español, 2005.

Galende, E., *Psicoanálisis y salud mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*, 1ª edición, Buenos Aires, Paidós, 1991.

Goffman, E., *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Buenos Aires, Amorrortu, 2ª edición, 1972.

González Uzcátegui, R. y Levav, I. (editores), *Reestructuración de la atención psiquiátrica: Bases conceptuales y guías para su implementación*, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1991.

Lucchese, G., “La salud en el Mercosur”, *Correo SALUD*, Año IX, N° 10, 2007, Publicación de la Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud en el Cono Sur de América Latina.

Mercosur/CMC/DEC. N° 3/95.

Mercosur/GMC/RES. N° 151/96.

Mercosur/GMC/RES. N° 13/07.

Mercosur/RMS/ACUERDO N° 01/06.

Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, *Informe de gestión 2004*, Buenos Aires, República Argentina, enero de 2005.

Organización Mundial de la Salud, *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*, Ginebra, 2001.

Organización Panamericana de la Salud, Comunicado de Prensa, 6 de septiembre de 2007.

Rosenthal, G., “Procesos de Integración Regional y las Políticas Sociales”. En: *Las dimensiones sociales de la integración regional en América latina*, Franco, R. y Di Filippo, A. (compiladores), Santiago de Chile, Naciones Unidas-CEPAL (Comisión Económica para América Latina y El Caribe), 1999, Capítulo VI.

Sen, A., “¿Por qué la equidad en salud?”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 11 N° 5-6, Washington, mayo/junio de 2002.

Tobar, S., “Bienes públicos regionales de salud en el Mercosur”, *[i] salud*, Volumen 2, N° 8, julio de 2007, Publicación del Instituto Universitario ISALUD,

Tratado para la Constitución de un Mercado Común entre la República Argentina, la República Federativa del Brasil, la República del Paraguay y la República Oriental del Uruguay, Asunción, 1991.

*Artículo recibido: 23/06/08*

*Aceptado para su publicación: 25/03/09*