

# Basaglia, la declaración de Caracas y estado actual de la atención psiquiátrica en el Perú

JORGE CASTRO-MORALES<sup>1</sup>

## RESUMEN

Franco Basaglia propuso que para el avance de la psiquiatría es necesario organizar corrientes de opinión que convoquen el compromiso de la comunidad. El fue la fuerza motora que promovió la reforma de la atención psiquiátrica en Italia. Veinte años después de la Declaración de Caracas, en Perú todavía no se cuenta con una Dirección de Salud Mental a nivel del Ministerio de Salud. En este trabajo se analizan los hitos en el devenir de la psiquiatría peruana en el período que va de 1990 a 2010, revisando los aspectos asistenciales, docentes, de investigación y normativos.

**PALABRAS CLAVE:** Reforma psiquiátrica, Declaración de Caracas, psiquiatría peruana

33

## SUMMARY

Franco Basaglia proposed that the creation of an organized body of opinion in the community is necessary for the development of psychiatry. He was the driving force that conducted the psychiatric reform in Italy. Twenty years after the Declaración de Caracas, there is no Mental Health Department at the government level in Peru. In this work the historical developments in the Peruvian psychiatry from 1990 to 2010 are reviewed, with a focal perspective on assistance, teaching, research and normative aspects.

**KEY WORDS:** Psychiatric reform, Declaración de Caracas, Peruvian psychiatry

## INTRODUCCIÓN

Franco Basaglia fue un hombre de marca, de frontera. Nació en Venecia, vecina a un territorio que ha estado en manos de otomanos, germanos, austro-húngaros, yugoeslavos y, ulteriormente, croatas, eslovenos e italianos. Fue un contestatario de raza. Muy temprano en su carrera descubre que la psiquiatría no era lo que él soñaba que debía ser y se plantea la pregunta raigal de su devenir profesional y político: ¿qué es la psiquiatría?

Adelanta la respuesta en 1967, en un opúsculo publicado por una entidad pública local<sup>(1)</sup>, que luego ampliará in extenso bajo el sello Eiuaudi. Ha comprendido –tempranamente– que de nada sirve abogar por la psiquiatría entre psiquiatras. Hay que organizar corrientes de opinión que convoquen el compromiso comunitario, que éstas se traduzcan en movimientos políticos y que, tanto opiniones cuanto programas, sean avalados por un sello de prestigio, como la editorial turinesa. Sus publicaciones siguientes: ‘La institución negada’<sup>(2)</sup>, ‘El enfermo artificial’<sup>(3)</sup> y ‘Crímenes de paz’<sup>(4)</sup> ven la luz bajo ese signo, en 1968, 1969 y 1971, respectivamente.

1. Profesor Principal, Departamento de Salud Mental y Psiquiatría, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú

Es ya conocido que 'La institución negada' fue el sustento ideológico del movimiento de desinstitucionalización de la psiquiatría, en Italia, en 1978, cuando se aprueba la ley 180 y se consagran los postulados esbozados por Basaglia en esa, su obra cenital. Este amplio movimiento lo era así porque no se restringía a promover la abolición de los manicomios, la 'humanización' de la psiquiatría y el reconocimiento de los derechos humanos de los enfermos psiquiátricos, sino porque estaba inmerso en un aluvión político liderado por la izquierda y otras corrientes progresistas que, para sorpresa de los conservadores, removi6 desde sus cimientos la sociedad civil italiana (Sarraceno y Tognoni, en una indispensable revisión de la experiencia italiana en esta materia<sup>(5)</sup>), reseñan cómo, en los '70, se aprobaron leyes laborales más justas, se dio paso al aborto y el divorcio y se sentaron las bases para un servicio nacional de salud de implantación local y regional en Italia).

Lo que no se entiende, desde una perspectiva t6mporo-espacial, es la forma en que este amplio consenso contestatario podr6a erigirse en el sustento t6cnico-administrativo de la reestructuraci6n de la psiquiatría en Am6rica Latina, tal como fue postulada por la Declaraci6n de Caracas de 1990; o la modernizaci6n de la atenci6n de la salud mental en el Per6, cuyo hito m6s notorio es la reorganizaci6n del Hospital V6ctor Larco Herrera, el casi centenario manicomio limeño, en la 6ltima d6cada del siglo XX.

Esta supuesta concatenaci6n de factores de cambio en los modelos de atenci6n psiqui6trica es tanto m6s contradictoria si nos detenemos en la publicaci6n editada por Basaglia en 1971 (cfr. supra), en la que comparte opiniones con lo m6s graneado de la antipsiquiatría; o cuando sus seguidores afirman que la administraci6n de un psicof6rmaco es una manera de institucionalizar al enfermo, en tanto que este se somete al *dictum* que "hay algo malo en su cabeza"; y que esa noxa no depende de los factores psicosociales que explicar6an, por s6 solos, los trastornos ps6quicos de las personas.

Veinte años despu6s de la Declaraci6n de Caracas, se puede rescatar su impronta positiva en la formulaci6n de planes y programas para la atenci6n psiqui6trica, orientados a aspectos preventivo-promocionales e intervenciones de tipo comunitario, con 6nfasis en el primer nivel<sup>(6)</sup>. Sin embargo, solamente Brasil y Chile –en la regi6n– pueden exhibir programas de escala nacional mayoritariamente acordes con los contenidos de esa Declaraci6n; y la reestructuraci6n no ha ido tan lejos como

para abolir los hospitales psiqui6tricos o pretender que la psicoterapia y la din6mica de grupos o de comunidad terap6utica lo resuelva todo. Un ex asesor de salud mental de la regi6n, preclaro funcionario de la Organizaci6n Panamericana de la Salud (OPS/OMS), sol6a decir que todo eso, y las casas de medio camino y tantas otras casas y cosas, est6n muy bien, pero que primero ten6amos que tener hospitales decentes y, cuando menos, una tableta de clorpromazina disponible para el enfermo psic6tico agudo. En otras palabras, para hacer reingenier6a, precis6bamos primero de ingenier6a.

Por estado actual entendemos los desarrollos m6s importantes desplegados en la atenci6n, investigaci6n y docencia psiqui6tricas en las dos 6ltimas d6cadas en el Per6, tomando como punto de partida lo ocurrido despu6s de producirse la Declaraci6n de Caracas de 1990.<sup>(7)</sup>

## ANTECEDENTES

El Per6 no estuvo representado en la reuni6n convocada por la OPS/OMS en Caracas, en 1990. No obstante que en abril de ese año se hab6a aprobado el primer Plan Nacional de Salud Mental oficialmente consagrado (RM 163-90-SA-DM del 18-04-90), no exist6a una Direcci6n de Salud Mental en el ministerio de Salud (Minsa) y los 3 establecimientos psiqui6tricos limeños ostentaban el t6tulo de Instituto Nacional de Salud Mental, de manera tal que la salud mental del pa6s carec6a de un liderazgo formal.

El gobierno de 1985 a 1990 empez6 por asignar la responsabilidad de la salud mental en el pa6s a un distinguido odont6logo, quien luego de reducirla al ostracismo que parece ser su sino, en 1987 tuvo que recurrir al Instituto Nacional de Salud Mental 'Honorio Delgado-Hideyo Noguchi' (INSM HD-HN) para cumplir con un encargo (y el manejo presupuestal de fondos de la cooperaci6n externa) de la OPS/OMS, en el 6rea de la farmacodependencia, pese a que en el segundo semestre de 1985 ya se hab6a entregado al despacho ministerial un ambicioso plan nacional de prevenci6n de la misma que, al igual que muchos planes subsiguientes, fue encarpetaado. El propio ministro del ramo, un ex subdirector de la OMS, reconoc6a en los primeros meses de su gesti6n (en ese fat6dico segundo semestre de 1985), que sus planes para cambiar la estructura burocr6tica del ministerio y las tradicionales pr6cticas de atenci6n, orientadas por riesgo y daños, estaban condenados al fracaso. La declaraci6n de Alma Ata, que 6l contribuyera a redactar, y los postulados de la atenci6n primaria en salud que tal declaraci6n enarb6laba, quedar6an como un recodo m6s en

el largo camino de proyectos que se subsumen en propósitos; y propósitos que se reducen a buenas intenciones; en este, nuestro transitar republicano.

En 1990, el contexto social y económico del país era desastroso. La inflación era galopante, la pobreza se había duplicado en el quinquenio precedente y la anomia era rampante. El ministro entrante en la cartera de Salud, que asumió funciones en julio de ese año, delegó el nombramiento de los directores de hospital en los cuerpos médicos de los mismos; y encargó a las nuevas autoridades la administración de la pobreza. A los directores así escogidos –entre los cuales me cuento, por haber dirigido entonces el INSM HD-HN, con un salario inferior al de cualquier médico de servicio– se nos dio una consigna: había que ser imaginativos para generar recursos propios, ya que el presupuesto del ramo era exiguo. Esto se lograba, generalmente, imponiendo cobros que desvirtuaban el carácter público de las instituciones asistenciales y contravieniendo derechos consagrados internacionalmente y por la propia Constitución Política del Perú.

El *ethos* de nuestro país era, pues, muy distinto al de la Italia de los 70 de Basaglia, cuyo movimiento contestatario no ha tenido un parangón siquiera aproximado en nuestro medio. Por el contrario, el Perú se sumió por entonces en la insania terrorista y su correlato de represión militar, de cuyas tropelías y efectos negativos en la salud mental del peruano promedio actual habla muy a las claras el informe de la Comisión de la Verdad y Reconciliación.<sup>(8)</sup> La pérdida de la autoestima y de las relaciones vinculantes, la desconfianza y la violencia, constituyen el trasfondo que lastra nuestro desarrollo como sociedad, en el marco de desigualdades sociales abismales que el modelo de producción capitalista globalizado no hace otra cosa que acentuar. Todo esto, estimulado por el gobierno más corrupto y criminal de la historia peruana, el del período 1990-2000. Es oportuno, acá, evocar a Magris citando a Vordighera cuando “describe el proceso de antiselección ética que lleva inevitablemente a los peores al puente de mando de la sociedad y de la historia, habla acerca de las ciencias que se aventuran por los meandros del alma, como el psicoanálisis, desvelando tortuosas verdades que pronto se vuelven banales y crueles equívocos en la comedia de la existencia...”

En 1992, se nombra director de Salud Mental a un colega sin mayor experiencia funcional en el organismo central del ministerio, y cuando cesa en sus funciones, no se vuelve a nombrar funcionario alguno que lo reemplace, hasta hoy, en que el Minsa no tiene cuadro de asignación

de personal ni presupuesto realmente operativo para la salud mental. Tiene, sí, un par de funcionarios reasignados del INSM HD-HN, que no ejercen mayor peso en las decisiones ejecutivas o normativas; y una red de operadores locales de la estrategia de salud mental, constituida primordialmente por psicólogos clínicos.

No se disponen cifras exactas acerca de la conformación de equipos de salud mental en los establecimientos de primer y segundo nivel de atención (postas, centros de salud, hospitales generales); y resulta obvio que la mayor parte de recursos humanos especializados se concentra en los establecimientos de tercer y cuarto nivel, con saturación relativa en Lima. En lo que concierne a los psiquiatras, existen 576 registrados en el Colegio Médico del Perú (CMP), lo que da un promedio/país de 3,15 psiquiatras por cada 100 000 habitantes mayores de 18 años, con una concentración de 6 psiquiatras por 100 000 adultos en Lima. En cuanto a la atención de niños y adolescentes, en el CMP se han registrado como psiquiatras infantiles 82 colegas (no obstante que la Sociedad Peruana de Psiquiatría de Niños y Adolescentes registra una membresía que no supera los 40 socios). Los 82 colegas citados estarían dando una cobertura de 1,05 especialistas por 100 000 personas de 5 a 18 años, y su concentración Lima es aun mayor que la consignada para la población adulta.

No existen sistemas de cobertura territorial o por complejidad clínica, ni mecanismos de referencia y contrarreferencia de casos. La noción misma de psiquiatría de enlace (uno de los grandes retos de la psiquiatría del presente siglo, junto con las tareas de supervisión regional de los sistemas de captación de pacientes), se distorsiona en un ejercicio aislado, cuando no exótico. Las atenciones se realizan por demanda satisfecha, no real; ya que no hay búsqueda activa de casos, en tanto no existe una metodología preventivo-promocional operante como programa. En suma, las actividades en los centros de salud y hospitales generales están libradas al modelo de atención tradicional y las iniciativas esporádicas de su personal (campañas promocionales, despistajes, charlas). La recomendación de la OPS/OMS en el sentido de que el 10% de las camas hospitalarias de los hospitales generales sean destinadas a enfermos psiquiátricos, es una meta de difícil realización, dados los prejuicios y el estigma que rodean a la persona con trastornos psíquicos y las resistencias de los colegas de otras especialidades.

No existe, además, un sistema de provisión de medicamentos psicotrópicos de alcance nacional que cumpla, siquiera, los requerimientos de medicamentos esenciales de la OMS.

## HITOS EN EL DEVENIR DE LA PSIQUIATRIA PERUANA (1990-2010)

### Aspectos asistenciales

#### Sector público

- ▶ Funcionamiento de tres hospitales psiquiátricos y 1 centro de rehabilitación para farmacodependientes en Lima, con una cobertura real de menos de 1000 camas hospitalarias en total (para 8 millones de habitantes).
- ▶ Funcionamiento de centros de internamiento psiquiátrico en:
  - Arequipa: Centro Moisés Heresi, hospitales generales Honorio Delgado y Carlos Alberto Seguin
  - Cusco: la Almudena, en condiciones manicomiales miserables, hasta donde se tiene conocimiento
  - Iquitos: Centro de Rehabilitación
  - Junín: Hospital General Olavegoya de Jauja
  - Piura: Centro de Reposo del Enfermo Mental de Piura y Tumbes-CREMP
  - Trujillo: pabellón psiquiátrico en hospital general.

La cobertura total en camas hospitalarias de estos centros no supera las 500, para un estimado de 20 millones de peruanos que viven fuera de la capital.
- ▶ No implementación del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), de raigambre comunitaria y con intervenciones en el primer nivel, a cargo de personal no especializado; y carencia de servicios psiquiátricos o equipos de salud mental integrales en los niveles de mayor complejidad, a escala nacional.
- ▶ Escaso empoderamiento de los pacientes y sus familiares para la defensa organizada de sus derechos y la vigilancia de los sistemas de atención.
- ▶ Reorganización del Hospital Víctor Larco Herrera de Lima.
- ▶ Proyección internacional del Centro de Rehabilitación de Farmacodependientes de Ñaña.
- ▶ Implementación del programa de Entrenamiento Terapéutico Grupal, para niños con trastornos generalizados del desarrollo o retardo mental en el INSM HD-HN.
- ▶ Implementación y desaparición del centro para pacientes crónicos Kenny Tejada, de Barranca (departamento de Lima).

- ▶ Cierre del Centro de Salud Mental Comunitario (Clínica de Día) Honorio Delgado de la Urbanización Elio, en Lima.
- ▶ Reducción de siete a cuatro centros de salud periféricos adscritos al programa de salud mental comunitaria del INSM HD-HN. De acuerdo a la monografía de investigación Número 8 de ese instituto<sup>(9)</sup>, es difícil dilucidar los indicadores de proceso acumulados, y los indicadores de resultados no son, mayormente, significativos.
- ▶ Implementación del centro de internamiento de Huariaca (Cerro de Pasco), para los pacientes psiquiátricos crónicos bajo la protección de la Seguridad Social pública (Essalud), que da cobertura a menos de 20% de la población peruana.
- ▶ Desactivación del Instituto de Salud Mental de la Seguridad Social.
- ▶ Omisión de la atención psiquiátrica en el Seguro Integral de Salud del Minsa. Normas recientes tratan de corregir ese vacío, pero no existe provisión presupuestal ni recursos humanos o de infraestructura para que se efectivice esa atención.

#### Sector semipúblico

Programa de Salud Comunitaria en el Trapecio Andino (PSCTA), fruto de la cooperación italiana en salud. Programa manejado por el Movimiento Laico en América Latina (MLAL) y financiado por el Ministerio de Relaciones Exteriores de Italia.

El Sector Salud Mental de este programa, plenamente identificado con los postulados de la reforma italiana y la reestructuración propuesta por la Declaración de Caracas, contribuyó, entre 1989 y 1993 en lo que sigue:

- ▶ Organización e implementación del programa de salud mental de la Región Inka (Apurímac, Cusco y Madre de Dios).
- ▶ Apoyo al programa de Atención en Salud Mental Infantil (PASMI), con actividades en zonas urbanomarginadas y de emergencia, por la insurgencia terrorista y su represión.
- ▶ Implementación del Equipo Psicosocial para la Salud Mental del Niño Andino (EPSMA), en coordinación con la Universidad San Cristóbal de Huamanga.
- ▶ Implementación del internado en Psicología Comunitaria Rural, en convenio con la Universidad Andina del Cusco, con prioridad en el empoderamiento de las comunidades campesinas (abogacía social),

atención primaria integral, investigación acción participativa, epidemiología comunitaria y educación popular.<sup>(10)</sup>

- ▶ Elaboración de guías de atención y formatos de referencia, contrarreferencia y seguimiento de las patologías psiquiátricas más frecuentes (ansiedad, depresión, abuso de alcohol, psicosis y epilepsia).
- ▶ Traducción del Cuestionario Autoadministrado de síntomas psiquiátricos (SRQ) de la OPS/OMS al quechua.
- ▶ Implementación de los Bocoru (Botiquines Comunitarios Rurales) con los cinco medicamentos psiquiátricos esenciales de la OMS (amitriptilina, clorpromazina, diazepam, fenitoína y haloperidol).

### Sector privado

En estas dos décadas, el número de camas psiquiátricas en establecimientos privados formales ha disminuido, en tanto cerraron dos de las clínicas psiquiátricas más prestigiadas de Lima (San Martín y San Isidro), mientras que el número de centros de rehabilitación –muchos de ellos informales, pese a la normatividad existente– para adictos a drogas se ha multiplicado en forma desordenada y, a veces, atentatoria contra los derechos humanos de los pacientes.

No existen establecimientos adecuados para la atención ambulatoria o custodial de niños y adolescentes.

Los sistemas previsionales privados (seguros, EPS) no cubren las atenciones psiquiátricas de cualquier tipo, salvo la excepción de una entidad denominada Psicosalud, de alcance muy limitado.

### Aspectos docentes

- ▶ Se mantienen los programas de residentado en psiquiatría ya existentes previamente y algunas universidades privadas y de provincias han ampliado su número.
- ▶ La Universidad Peruana Cayetano Heredia implementa el residentado en Psiquiatría de Niños y Adolescentes en 1992. Posteriormente, otras dos universidades nacionales abren programas similares.
- ▶ La Universidad Nacional Mayor de San Marcos abre su programa de residentado en Adicciones, el 2008.
- ▶ Se cierra el programa internacional de maestría en farmacodependencia que organizaba la Universidad Peruana Cayetano Heredia, con auspicio del Cicad.

### Investigación

Como ha sido mencionado, los volúmenes publicados por el INSM HD-HN acerca de las investigaciones epidemiológicas que ha realizado en la última década, constituyen una base de datos adecuada para la planificación en salud mental en el Perú.<sup>(11-14)</sup>

### Aspectos generales y normativos

- ▶ Los informes de NNUU y de la Defensoría del Pueblo sobre las condiciones de internamiento y aplicación de la electroplexia en los establecimientos psiquiátricos han contribuido a establecer guías de procedimientos y manuales sensibles a los principios de la bioética y los derechos humanos de los pacientes.
- ▶ No existe planificación nacional, regional o local para programas sostenibles en salud mental. Consecuentemente, no existen indicadores de resultados, sino una sumatoria de procesos inconexos y, muchas veces, contradictorios.
- ▶ El costo de los medicamentos psicotrópicos comerciales es exagerado y no existe evaluación técnica (p. ej., de biodisponibilidad) de las moléculas copiadas o de los medicamentos genéricos.
- ▶ Sería conveniente revisar el artículo de Sarraceno y Tognoni (cfr. supra) sobre la experiencia italiana y contrastarlo con los aportes de Kandel hacia un nuevo marco teórico de la psiquiatría, explicitados en abril de 1998 y abril de 1999, en el *American Journal of Psychiatry*<sup>(15,16)</sup>, así como la alerta en torno a la injerencia de las transnacionales farmoquímicas en las prácticas de prescripción de medicamentos psicotrópicos, según los datos publicados en el *New England Journal of Medicine* de enero de 2008,<sup>(17)</sup> a fin de plantear bases teóricas coherentes con una reestructuración y modernización de la atención psiquiátrica en el Perú que sea socialmente sostenible, éticamente plausible y culturalmente pertinente. Los aportes provenientes de la comunidad científica ya han sido consensuados, como se puede apreciar a continuación.
- ▶ En el Perú se han elaborado tres documentos técnicos del mayor nivel que esperan su utilización:
  - Lineamientos para la acción en salud mental.<sup>(18)</sup>
  - Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz.<sup>(19)</sup>
  - Plan Nacional de Salud Mental.<sup>(20)</sup>

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Basaglia F. Che cos'è la psichiatria? *Amministrazione Provinciale di Parma*, Parma, 1967.
2. Basaglia F. *L'istituzione negata*. Einaudi, Torino, 1968.
3. Basaglia F. *Il malato artificiale*. Einaudi, Torino, 1969.
4. Basaglia F (editor). *Crimini di Pace*. Einaudi, Torino, 1971.
5. Saraceno B, Tognoni G. Methodological lessons from the Italian psychiatric experience. *Int J Social Psychiatry* 1989;35: 98-109.
6. Levav I (Ed). *Temas de salud mental en la comunidad*. Organización Panamericana de la Salud, Washington DC, 1992.
7. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). *Conferencia regional para la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina*. Declaración de Caracas. Organización Panamericana de la Salud, Washington DC, 1991.
8. Comisión de la Verdad y Reconciliación Hatun Willakuy. Lima, 2004.
9. Mendoza M, Saavedra C, Arevalo M, et al. Diagnóstico situacional de la salud mental en el distrito de Independencia. INSM HD-HN, Lima, 2000.
10. Castro J. Entre la coherencia y el eclecticismo. En *Niñas, niños y adolescentes. Exclusión y desarrollo psicosocial*. Castro J (Ed). Ifejant, Lima, 2001. pp. 847-872.
11. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado- Hideyo Noguchi (INSM HD-HN). Estudio epidemiológico metropolitano de salud mental 2002. Informe general. *Anales de Salud Mental* 2002; 18:1-197.
12. INSM HD-HN. Estudio epidemiológico de salud mental en la sierra peruana 2003, Informe general. *Anales de Salud Mental* 2004;19:1-216.
13. INSM HD-HN. Estudio epidemiológico en salud mental en la selva peruana 2004. Informe general. *Anales de Salud Mental* 2005;21:1-212.
14. INSM HD-HN. Estudio epidemiológico de salud mental en fronteras 2005. Informe general. *Anales de Salud Mental* 2006; 22:1-227.
15. Kandel E. A New Intellectual framework for psychiatry. *Am J psychiatry* 1998;155:457-469.
16. Kandel E. Biology and the future of psychoanalysis. A new intellectual framework for psychiatry revisited. *Am J Psychiat* 1999;156:505-524.
17. Turner E, Mathews A, Linardatos E, et al. Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *N Engl J Med* 2008;38:252-260.
18. Ministerio de Salud: Lineamientos para la Acción en Salud Mental. Minsa-OPS/OMS, Lima, 2004.
19. Ministerio de Salud. *Salud mental: prioridad nacional. Estrategia sanitaria nacional de salud mental y cultura de paz*. Lima, 2005.
20. Ministerio de Salud. *Plan Nacional de Salud Mental*. Lima, 2006.