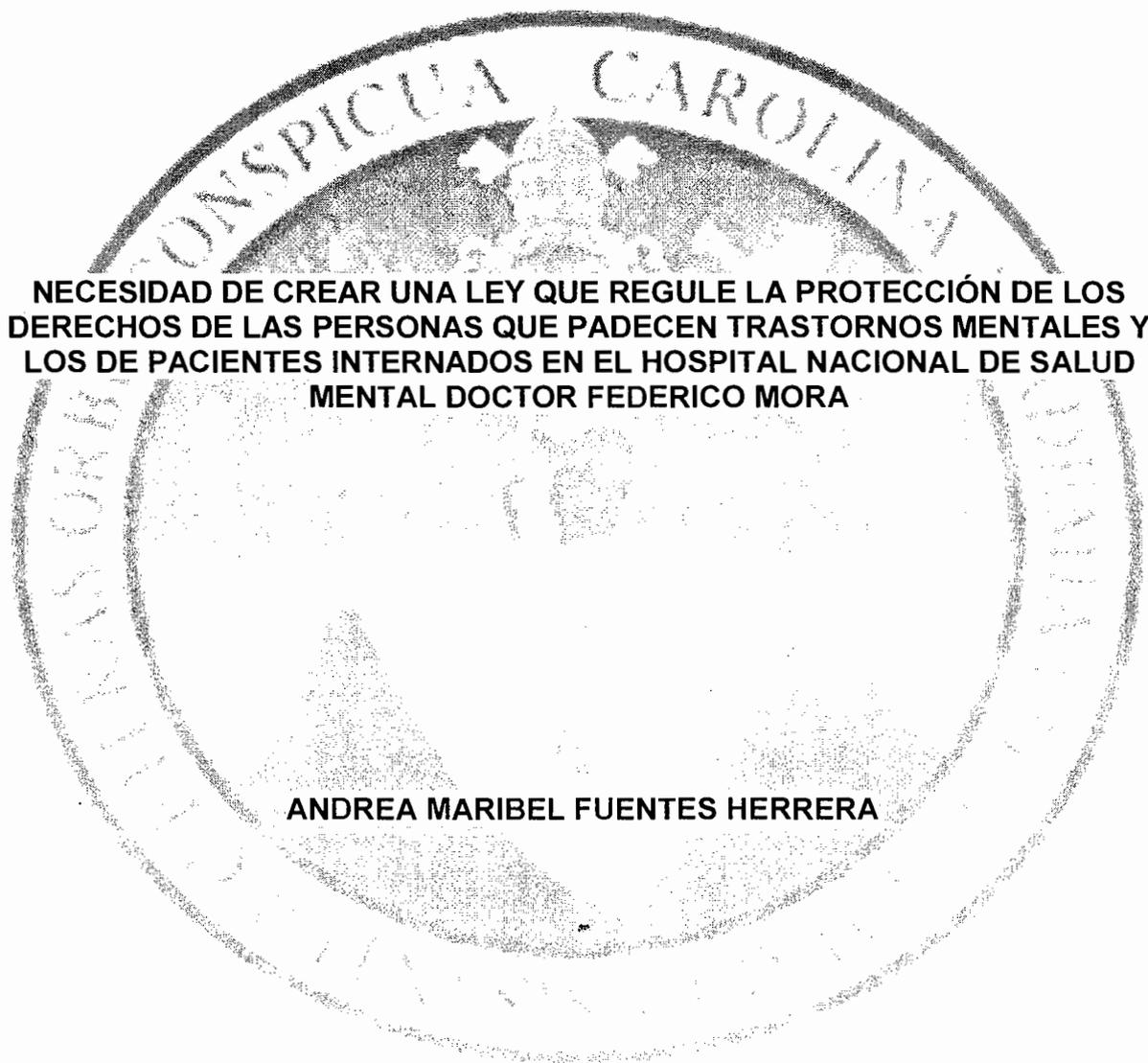


**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES**



**NECESIDAD DE CREAR UNA LEY QUE REGULE LA PROTECCIÓN DE LOS
DERECHOS DE LAS PERSONAS QUE PADECEN TRASTORNOS MENTALES Y
LOS DE PACIENTES INTERNADOS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE SALUD
MENTAL DOCTOR FEDERICO MORA**

ANDREA MARIBEL FUENTES HERRERA

GUATEMALA, ABRIL DE 2014

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES**

**NECESIDAD DE CREAR UNA LEY QUE REGULE LA PROTECCIÓN DE LOS
DERECHOS DE LAS PERSONAS QUE PADECEN TRASTORNOS MENTALES Y
LOS DE PACIENTES INTERNADOS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE SALUD
MENTAL DOCTOR FEDERICO MORA**

TESIS

Presentada a la Honorable Junta Directiva

de la

Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales

de la

Universidad de San Carlos de Guatemala

Por

ANDREA MARIBEL FUENTES HERRERA

Previo a conferirsele el grado académico de

LICENCIADA EN CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES

y los títulos profesionales de

ABOGADA Y NOTARIA

Guatemala, abril de 2014

**HONORABLE JUNTA DIRECTIVA
DE LA
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES
DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

DECANO: MSc. Avidán Ortíz Orellana
VOCAL I: Lic. Mario Ismael Aguilar Elizardi
VOCAL II: Licda. Rosario Gil Pérez
VOCAL III: Lic. Luis Fernando López Díaz
VOCAL IV: Br. Mario Roberto Méndez Álvarez
VOCAL V: Br. Luis Rodolfo Aceituno Macario
SECRETARIO: Lic. Luis Fernando López Díaz

**TRIBUNAL QUE PRACTICÓ
EL EXAMEN TÉCNICO PROFESIONAL**

PRIMERA FASE:

Presidente: Lic. Luis Emilio Orozco Piloña
Secretaria: Licda. Nancy Lorena Paíz García
Vocal: Licda. Ileana Nohemí Villatoro Fernández

SEGUNDA FASE

Presidente: Lic. Obdulio Rosales Dávila
Secretario: Lic. Mario Estuardo Gordillo Galindo
Vocal: Lic. Héctor David España Pinetta

RAZÓN: “Únicamente el autor es responsable de las doctrinas sustentadas y contenido en la Tesis”. (Artículo 43 de Normativo para la elaboración de Tesis de Licenciatura en Ciencias Jurídicas y Sociales y del Examen General Público)

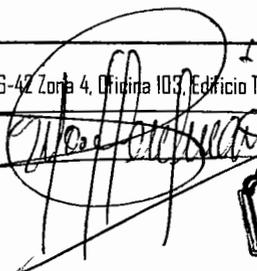
Guatemala, 20 de enero de 2014

Dr. Bonerge Amilcar Mejía Orellana
Jefe de la Unidad de Asesoría de Tesis
Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Doctor Bonerge Mejía:

De conformidad con la resolución del cinco de abril de dos mil trece emitida por la Unidad de Asesoría de Tesis, por medio de la cual fui nombrado asesor de la bachiller ANDREA MARIBEL FUENTES HERRERA, quien se identifica con carné universitario No. 200815928, en la elaboración de su trabajo de tesis de grado intitulado "NECESIDAD DE CREAR UNA LEY QUE REGULE LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS QUE PADECEN TRASTORNOS MENTALES Y LOS DE PACIENTES INTERNADOS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE SALUD MENTAL DOCTOR FEDERICO MORA", procedo a emitir el presente dictamen y en consecuencia detallo las siguientes observaciones:

- a) El contenido científico y técnico del trabajo de tesis realizado por la estudiante expone el tema de la salud mental y de la necesidad de que sea regulada de manera más amplia en el país. El trabajo se desarrolla en cuatro capítulos en los cuales se logra una exposición certera respecto de dicho derecho, de las entidades que lo protegen y de los instrumentos que lo regulan, tanto nacionales como internacionales.
- b) Los métodos y técnicas utilizadas en el desarrollo de la investigación corresponden, tal como se propuso en el plan de investigación previamente aprobado, los métodos analítico y sintético; además en el procedimiento empleado se utilizaron estudios doctrinarios, de legislación nacional y comparada.
- c) Respecto a la redacción, se considera que además de cumplir con los requerimientos académicos de la Unidad de Asesoría de Tesis, es apropiada con la finalidad del trabajo de investigación realizado, se ha empleado la terminología jurídica adecuada y por medio de los capítulos, se ha expuesto de forma clara el propósito de la ley de salud mental en el país.



Guillermo Augusto Menjivar Juárez
ABOGADO Y NOTARIO

Guillermo A. Menjivar Juárez
ABOGADO Y NOTARIO



d) La contribución científica del tema presentado, consiste en la creación de bases y aspectos a tomar en cuenta para poder promulgar la ley de salud mental. En el trabajo de investigación se manifiestan los fundamentos doctrinarios y legales que fundamentan la tesis planteada y revelan la necesidad de la promulgación.

e) La conclusión discursiva expuesta por la bachiller, conciertan con los requerimientos científicos y con el Normativo para la Elaboración de Tesis de Licenciatura en Ciencias Jurídicas y Sociales y el Examen General Público. Así mismo se observa que dicha conclusión es oportuna, pragmática y de relevancia jurídica, de modo que logra presentar los más esenciales aportes respecto al tema tratado y en especial, concretizan los fundamentos que demuestran fehacientemente que la protección de la salud mental es de vital importancia para el país y para darle la debida atención, es necesaria una ley que regule los mecanismos para hacerlo.

f) Del análisis del estudio presentado, en relación a las fuentes bibliográficas utilizadas, se deduce su oportuno empleo a través de la consulta de diversos textos doctrinarios y artículos científicos en materia de derechos humanos a nivel nacional e internacional, permitiendo la formulación de las afirmaciones científicas elaboradas, brindando un fundamento argumentativo suficiente y fortaleciendo la tesis presentada por la estudiante.

En definitiva, el contenido del trabajo de tesis se ajusta a los requerimientos científicos y técnicos exigidos en el Artículo 32 del Normativo para la Elaboración de Tesis de Licenciatura en Ciencias Jurídicas y Sociales y del Examen General Público; razón por la cual emito **DICTAMEN FAVORABLE**, a efecto de continuar con el trámite correspondiente, para su posterior evaluación por el tribunal examinador en el examen público de tesis, previo a optar al grado académico correspondiente.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,

c.c. Archivo



USAC
TRICENTENARIA
Universidad de San Carlos de Guatemala

[Handwritten signature]

DECANATO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES. Guatemala, 20 de marzo de 2014.

Con vista en los dictámenes que anteceden, se autoriza la impresión del trabajo de tesis de la estudiante ANDREA MARIBEL FUENTES HERRERA, titulado NECESIDAD DE CREAR UNA LEY QUE REGULE LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS QUE PADECEN TRASTORNOS MENTALES Y LOS DE PACIENTES INTERNADOS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE SALUD MENTAL DOCTOR FEDERICO MORA. Artículos: 31, 33 y 34 del Normativo para la Elaboración de Tesis de Licenciatura en Ciencias Jurídicas y Sociales y del Examen General Público.

BAMO/srrs.

[Handwritten signature]

[Large handwritten signature]

[Handwritten signature]





DEDICATORIA

A DIOS:

Creador de todas las cosas, por darme la sabiduría y fuerzas necesarias para alcanzar este éxito.

A MIS PADRES:

Osberto Fuentes y Aída Herrera de Fuentes, por ser un ejemplo a seguir e inculcarme valores para ser una persona luchadora, por apoyarme durante toda mi vida, pero sobre todo por su inmenso amor y por nunca dejar de creer en mí, este logro es suyo, que Dios los bendiga.

A MI HERMANA:

Alejandra Fuentes Herrera, porque sin ti mi vida no sería la misma, por ser mi mejor amiga y mi apoyo incondicional, por todos tus consejos y enseñanzas, y por motivarme a cumplir todos mis sueños.

A MI HERMANITO:

Willy Fuentes Herrera, por darme todo su amor y alegrar mi vida con cada sonrisa, por ser siempre mi soporte en los momentos difíciles y enseñarme a que nunca debo rendirme, fuiste un ejemplo de vida y sé que desde el cielo compartes esta alegría conmigo, te amo.



A MI SOBRINA:

A quien espero con mucha alegría porque sé que será una bendición en mi vida y una alegría para mi hogar, desde ya lo quiero mucho.

A CANDE:

Por su motivación constante, por cuidarme y apoyarme a lo largo del camino y darme siempre su cariño sincero, siempre ha sido muy importante para mí y un miembro de mi familia.

A MIS TÍOS Y TÍAS:

Por acompañarme durante toda mi vida, compartir los buenos y malos momentos y por siempre hacerme sentir su apoyo y cariño.

A MIS PRIMOS Y PRIMAS:

Por ser mis amigos y compañeros de vida, mis hermanos, quienes me acompañan en mis triunfos y en mis fracasos, por apoyarme en mis decisiones y aconsejarme siempre.

A MIS AMIGOS:

Por acompañarme durante todo este camino, por compartir ocurrencias, risas y dificultades, por su apoyo brindado durante nuestra formación y sobre todo porque sé que siempre podré contar con ustedes, gracias por su amistad.



A: La Gloriosa y Tricentenaria Universidad de San Carlos de Guatemala., mi alma mater, por abrirme sus puertas y darme la oportunidad de superarme.

ESPECIALMENTE: La Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, por formarme y darme los conocimientos necesarios para ser una profesional capacitada, pero sobre todo honesta, apegada a la justicia y en favor de mi país.



ÍNDICE

Introducción	Pág. i
--------------------	-----------

CAPÍTULO I

1. La salud como derecho humano	1
1.1. Derecho a la salud	1
1.1.1. Definición	1
1.1.2. Antecedentes	5
1.2. Asistencia social	10
1.2.1. Definición	10
1.2.2. Antecedentes	12
1.3. Salud mental como rama del derecho a la salud	21
1.3.1. Definición	21
1.3.2. Antecedentes	24

CAPÍTULO II

2. Principales entidades protectoras del derecho a la salud mental	29
2.1. Entidades internacionales	29
2.1.1. Organización de las Naciones Unidas (ONU)	29
2.1.2. Organización de los Estados Americanos (OEA)	33
2.1.3. Organización Mundial de la Salud (OMS)	41
2.1.3.1. Organización Panamericana de Salud (OPS)	42

2.1.3.1.1. Programa de Salud Mental de la Organización Panamericana de la Salud y su desarrollo histórico	46
2.1.4. Federación Mundial para la Salud Mental (WFMH)	58
2.2. Entidades nacionales	59
2.2.1. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	59
2.2.1.1. Programa Nacional de Salud Mental	61
2.2.1.2. Hospital Nacional de Salud Mental Doctor Federico Mora	63
2.2.2. Procuraduría de los Derechos Humanos	66
2.2.3. Liga Guatemalteca de Higiene Mental	70
2.2.4. Asociación Psiquiátrica de Guatemala	73

CAPÍTULO III

3. Regulación legal del derecho a la salud mental	75
3.1. Instrumentos internacionales	75
3.1.1. Declaración Universal de los Derechos Humanos, Organización de las Naciones Unidas, 1948	76
3.1.2. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Organización de las Naciones Unidas, 1966	79
3.1.3. Convención Americana sobre Derechos Humanos, Organización de Estados Americanos, 1969	81
3.1.4. Declaración de Caracas de Salud Mental, Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud, 1990	83



Pág.

3.1.5. Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Asistencia de la Salud Mental, Organización de las Naciones Unidas, 1991.....	85
3.1.6. Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las personas con Discapacidad, Organización de Estados Americanos, 1999.....	90
3.2. Legislación comparada.....	92
3.2.1. Ley de Salud Mental, Brasil 2001.....	92
3.2.2. Ley Nacional de Salud Mental, Argentina 2010.....	94
3.2.3. Ley de Salud Mental del Distrito Federal, México 2011.....	95
3.2.4. Ley de Salud Mental, Colombia 2013.....	97
3.3. Legislación nacional.....	99
3.3.1. Constitución Política de la República de Guatemala de 1986.....	100
3.3.2. Decreto 90-97 del Congreso de la República de Guatemala, Código de Salud.....	101

CAPÍTULO IV

4. Bases para la elaboración de ley que regule la protección del derecho a salud mental, derechos de personas que padecen trastornos mentales y los de pacientes internados en el Hospital Nacional de Salud Mental Doctor Federico Mora.....	107
4.1. Actividades preliminares para la creación de la ley.....	107



Pág.

4.1.1. Identificación de los principales trastornos mentales y obstáculos.....	108
4.1.2. Recopilación de la legislación existente relativa a salud mental y estudio de los tratados y estándares internacionales.....	110
4.1.3. Revisión de la legislación sobre salud mental en otros países.....	112
4.2. Componentes claves para la formulación.....	112
4.2.1. Condiciones fundamentales para la legislación sobre salud mental.....	113
4.2.1.1. El principio de la alternativa menos restrictiva	113
4.2.1.2. Confidencialidad	114
4.2.1.3. Consentimiento informado.....	115
4.2.1.4. Ingreso voluntario e involuntario	117
4.2.1.5. Tratamiento voluntario e involuntario en entornos hospitalarios	
4.2.1.6. Tratamiento involuntario en atención comunitaria.....	129
4.2.1.7. Mecanismo de revisión periódica.....	123
4.2.1.8. Competencia (capacidad)	124
4.2.1.9. Acreditación para los profesionales y los dispositivos de salud Mental	125
4.2.1.10. Derechos y roles de las familias y cuidadores	125
4.2.1.11. Vivienda	126
4.2.1.12. Educación	127
4.2.1.13. Empleo.....	128
4.2.1.14. Legislación penal	128
4.2.1.15. Legislación civil y general	129

Pág.



4.2.1.16. Legislación sanitaria general.....	130
4.2.1.17. Acceso a psicofármacos	131
4.2.1.18. Protección de grupos vulnerables.....	131
4.3. La puesta en práctica: obstáculos y soluciones.....	132
4.3.1. Obstáculos	133
4.3.2. Estrategias para superar las dificultades de la puesta en práctica.....	135
CONCLUSIONES.....	139
RECOMENDACIONES.....	141
BIBLIOGRAFÍA.....	143



INTRODUCCIÓN

En Guatemala, la salud mental de los habitantes no ha sido objeto de mucha discusión, debido a que las políticas de salud se han centrado únicamente en la salud física y se ha dejado por un lado la salud mental, lo que causa que se desencadenen varios tipos de trastornos mentales. El abandono de la atención a la salud mental, así como hacia las personas que padecen de trastornos mentales ha sido el motivo por el cual se decidió realizar una investigación exhaustiva acerca del tema, así como examinar si es viable la formulación de una ley de salud mental en el país, y si esto sería de beneficio para la salud de todos los habitantes, principalmente de aquellos que por todo este tiempo han sufrido de constantes violaciones a sus derechos humanos y a su integridad física, que son los que padecen trastornos mentales, ya que por uno u otro motivo no reciben una atención adecuada por parte las instituciones a quienes el Estado delegó esa función.

El principal objetivo de la investigación es que sea respetado el derecho a la salud mental en el país, renovar las políticas de salud para que sea integrada la vigilancia del bienestar mental de los habitantes y crear un mecanismo de atención a las personas con enfermedades o trastornos mentales, todo esto, a través de la promulgación de la ley de salud mental, que según lo investigado, en otros países ha sido de gran beneficio y progreso en el ámbito de salud mental, así como el mejoramiento de la atención a los pacientes con trastornos.

Por lo anterior se manifiesta que los argumentos planteados en la hipótesis si se han comprobado.



La estructura de la investigación está dividida en cuatro capítulos: en el capítulo uno, se desarrolla el tema de la salud como un derecho humano, sus antecedentes históricos y su definición, lo que nos lleva a incluir la salud mental dentro del derecho a la salud; en el capítulo dos, se mencionan las principales entidades protectoras del derecho a la salud mental tanto nacionales como internacionales, que han velado por el desarrollo y protección de dicho derecho; en el capítulo tres, se indican los instrumentos internacionales que han regulado el derecho a la salud mental, también se realizó un estudio del derecho comparado y de las leyes que en alguna forma regulan la salud mental en el país; en el capítulo cuatro, se establecen las bases para la elaboración de la ley que regule la protección del derecho a salud mental, los derechos de las personas que padecen de trastornos mentales y los de pacientes internados en el Hospital Nacional de Salud Mental Doctor Federico Mora, tomando en cuenta aspectos importantes como la atención médica, educación, trabajo, los obstáculos para ponerla en práctica y la forma de superarlos correctamente.

El tema está fundamentado en teorías establecidas por la Organización de las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud que establecen que a partir de la creación de la norma, el respeto al derecho a la salud mental será una realidad.

Los métodos de investigación empleados fueron el analítico, deductivo y jurídico de acuerdo con las técnicas documental, recopilación, ordenamiento de datos y observación. En el desarrollo de la investigación se comprueba la necesidad de la ley y la forma que debe crearse, para que el sistema de salud del país sea el apropiado y sea prestado con equidad.



CAPÍTULO I

1. La salud como derecho humano

Los derechos humanos son las facultades otorgadas a una persona por el simple hecho de serlo y que se aplican de forma equitativa a todos los habitantes, existe una diversidad de derechos humanos, todos de igual importancia, entre los cuales encontramos el derecho a la salud, el cual se detallará en este capítulo.

1.1. Derecho a la salud

El derecho a la salud, dentro de los derechos humanos es la facultad de gozar de un equilibrio físico y mental de una persona, es asegurar a cada persona que puede gozar de este sin distinción de raza, sexo, origen, religión, entre otros.

1.1.1. Definición

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia, según la definición presentada por Organización Mundial de la Salud (OMS) en su constitución aprobada en 1948. Por consiguiente el derecho a la salud es el reconocimiento que el Estado y organismos internacionales otorgan a toda persona de gozar de tal bienestar. El derecho a la salud, como anteriormente se expuso, comprende el goce de un bienestar pleno, para esto es necesario que se tome en cuenta un aspecto muy importante, como lo es principalmente, la creación de instituciones que vigilen la salud de las personas, instituciones que deberán ser sufragadas por el Estado y prestarán un servicio de prevención de enfermedades, asistencia médica e internamiento, en su caso.



Como lo establece Carlos Lema: “Este derecho se refiere a que la persona tiene como condición innata, el derecho a gozar de un medio ambiente adecuado para la preservación de su salud, el acceso a una atención integral de salud, el respeto a su concepto del proceso de salud –enfermedad- y a su cosmovisión”¹. Es un derecho inalienable, y es aplicable a todas las personas sin importar su condición social, económica, cultural o racial. Para que las personas puedan ejercer este derecho se debe considerar los principios de accesibilidad y equidad.

De acuerdo a la Declaración Universal de Derechos Humanos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se reconoce la salud como derecho inalienable e inherente a todo ser humano. Esto implica la obligación del Estado de respetar, proteger y garantizar el derecho a la salud de todos los ciudadanos, no sólo asegurando el acceso a la atención de salud, sino también la atención adecuada. Es por ello que se plantea un modelo de atención basado en el sistema público de salud. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas ha señalado que el derecho a la salud abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados:

- Disponibilidad: Se refiere a contar con un número suficiente de establecimientos de salud, recursos humanos (considerando médicos, profesionales, técnicos y personal de salud debidamente capacitados para tal efecto) y programas, que incluyan factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas para el desarrollo de la vida.

¹ Lema Añon, Carlos. **El derecho a la salud: concepto y fundamento**. vol. 12, Pág. 28.

- **Accesibilidad:** Significa que los establecimientos, bienes y servicios de salud se encuentren accesibles a todos, haciendo hincapié en los sectores más vulnerables y marginados de la población. Lo anterior implica:

Accesibilidad física: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, así mismo los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable debe ser de acceso intradomiciliario o encontrarse a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales.

Accesibilidad económica (asequibilidad): los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad y ser proporcionales a los ingresos financieros de los hogares.

Acceso a la información: comprende el derecho del paciente a recibir y solicitar toda la información necesaria sobre su situación y el tratamiento que recibirá. Involucra también el derecho a recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Sin embargo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho a la confidencialidad de los datos personales.

- **Aceptabilidad:** Todos los establecimientos y servicios de salud deberán respetar la ética médica y los criterios culturalmente aceptados. Además deberán ser sensibles a los requisitos del género y del ciclo de vida. Así mismo el paciente tiene todo el derecho de aceptar o no el diagnóstico y tratamiento que propone el personal sanitario.



- o **Calidad:** Los establecimientos, servicios, equipamiento e insumos de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico, y ser de buena calidad; el personal debe estar capacitado; y debe contar con agua potable y condiciones sanitarias adecuadas. Es parte de la calidad de los servicios de salud, el trato respetuoso, adecuado y oportuno a las personas que demandan atención.

La obligación estatal implica la provisión de una atención integral, continua y equitativa. Recoge las dimensiones de promoción, prevención, curación y rehabilitación. Involucra el derecho y responsabilidad de las personas, familias y comunidades de ser protagonistas de su propia salud, por lo que promueve procesos sociales y políticos que les permitan expresar necesidades y percepciones, participar en la toma de decisiones, así como exigir y vigilar el cumplimiento del derecho a la salud.

El Artículo 93 de la Constitución Política de la República de Guatemala establece que: “El goce de la salud es un derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna.”

Como es sabido, la Constitución Política de la República de Guatemala en su título II regula los derechos humanos, siendo el derecho a la salud un derecho humano social que se debe prestar de con equidad a todos los habitantes ya que es un derecho primordial.

El Artículo 94 de la Constitución Política de la República de Guatemala establece: “El Estado velará por la salud y la asistencia social de todos los habitantes.



Desarrollará, a través de instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social.”

Como se explicó anteriormente, para lograr amparar la salud, es necesario establecer los mecanismos de asistencia o las formas por las cuales se va a lograr proteger la salud, por ese motivo los constitucionalistas de Guatemala, establecieron todos los aspectos que el Estado debe vigilar para el adecuado cuidado de la salud de los habitantes.

En el Artículo 95, le da un grado de supremacía a la salud, nominándola como un bien público, lo que se refiere que es deber del Estado garantizarla, además de velar por la conservación y restablecimiento de la salud.

1.1.2. Antecedentes

Después de la Primera Guerra Mundial en el siglo XX, se abrió paso a la segunda generación de los derechos humanos, dentro de los cuales se pretendía la igualdad entre los habitantes, reconociendo derechos económicos, sociales y culturales.

En la mitad del siglo pasado, en torno a 1950, surgieron a nivel internacional diversas declaraciones que defendían los derechos fundamentales del ser humano, esto es, derechos positivos, inherentes a la propia naturaleza del hombre por su propia condición, que bajo ningún concepto debían ser cuestionados y que todos los seres humanos debían gozar.



Respecto a este tema, “El derecho a la salud fue indiscutiblemente uno de esos derechos fundamentales y básicos. Sin él, es difícil o imposible acceder a otros derechos más complejos como es el social y el político”.²

Es por ello que no sólo en las declaraciones universales, el derecho a la salud aparece entre los primeros derechos fundamentales, sino también en las Constituciones de los Estados, Cartas Magnas o Leyes Fundamentales de los mismos que versarán las distintas normativas nacionales y que finalmente acaban asumiendo las distintas estructuras de gobiernos regionales y locales, más cercanos al usuario de todo servicio de salud.

En la Declaración Universal de los Derechos Humanos este derecho viene desarrollado en el Artículo 25: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios.”

Por su parte, en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966, en su Artículo 12, se describe así: “Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”.

² Lema Afon, Carlos. **Apogeo y crisis de la ciudadanía de la salud: historia del derecho a la salud en el siglo XX.** Pág. 116.



Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto, a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho figurarán las necesarias para:

- La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil y el sano desarrollo de los niños.
- El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente.
- La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidérmicas, endémicas, profesionales y de otra índole y la lucha contra ellas.
- La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

Siguiendo a nivel internacional, en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud se establece explícitamente que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.” Sin nombrar otras normativas de índole internacional que insisten y subrayan sobre los puntos destacados.

En la Constitución Política de la República de Guatemala de 1945, el derecho a la salud se reguló por primera vez en la sección dedicada a la familia, específicamente en el Artículo 77, que en su parte conducente establece: “Artículo 77. Corresponde al Estado velar por la salud física, mental y moral de la infancia, creando los institutos y dependencias necesarios y adecuados...”.

Es importante mencionar que desde esa época, el derecho a salud ya comprendía el bienestar completo: físico, mental y moral. Lo cual abrió paso al avance del derecho a la salud en el país, aunque solamente estaba regulado como un derecho de los infantes.

En la Constitución Política de la República de Guatemala de 1956 y la de 1965 se establece el derecho a la salud en el Artículo 92 y en el Artículo 87 respectivamente, regulándolo de la misma forma que en el año 1945, sin tener ningún cambio.

Ya en la Constitución Política de la República de Guatemala de 1985, después de ratificar en el país la Convención Americana sobre Derechos Humanos de la Organización de Estados Americanos, del año 1969, se reguló con mayor primacía en la sección séptima del capítulo segundo del título segundo como un derecho humano social, estableciendo principalmente en el Artículo 93 que literalmente establece: "Artículo 93. Derecho a la salud. El goce de la salud es derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna." Este artículo expresa la vitalidad del derecho a la salud para todos los habitantes, haciendo énfasis en que este se debe prestar sin ningún tipo de discriminación.

Además en el Artículo 95 lo nomina como una obligación primordial del Estado, estableciendo literalmente lo siguiente: "Artículo 95.- La salud, bien público. La salud de los habitantes de la Nación es un bien público. Todas las personas e instituciones están obligadas a velar por su conservación y restablecimiento." Al establecer que la salud es un bien público, se refiere a que es deber del Estado garantizarla y velar por el bienestar de todos los habitantes.

Es importante también la creación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) y la regulación de la seguridad social, en el Artículo 100, como un método para asegurarse de la salud de los trabajadores.

En general, todas estas normas, comenzando desde las de rango internacional para ir incidiendo en las de rango nacional y local, tienen como objeto conseguir que todas las personas alcancen plenamente su potencial de salud, mediante la promoción y protección de este derecho, a lo largo de toda la vida, y tratando de reducir la incidencia de las principales enfermedades, así como el sufrimiento que las origina.

Esto puede resumirse en tres valores fundamentales:

- La salud como derecho fundamental de los seres humanos.
- La equidad, en materia de salud y solidaridad de acción entre todos los países.
- La participación y la responsabilidad de las personas, los grupos, las instituciones y las comunidades, en el desarrollo continuo de la salud.

“Visto esto, todo ser humano tiene derecho no sólo a ser asistido por los servicios de salud para su curación y rehabilitación, sino también a ser el objeto de políticas de información para la prevención de las enfermedades.”³ En la actualidad se intenta que los poderes públicos compartan su responsabilidad en la custodia de la buena salud con los titulares de los derechos de la salud, los propios ciudadanos, promoviendo la salud pública, estilos de vida sanos y un medio ambiente saludable.

³ Ibid. Pág. 147.



Esto es, actuar antes de que se produzcan patologías que con una adecuada información podrían evitarse.

Es por ello que los recursos económicos destinados a los servicios de salud han de ser específicos y transparentes, y no sólo han de cubrir las necesidades sanitarias de los ciudadanos, sino procurar un desarrollo sostenible del sistema sanitario con un adecuado fomento de la investigación clínica y la formación continua de todo el personal sanitario, para mantener constante una calidad en la asistencia.

Los ciudadanos, por su parte, han de aprovechar los programas de salud destinados a proporcionarles información adecuada tanto para la prevención de enfermedades como para comprender mejor su tratamiento y ser responsables en el cumplimiento terapéutico. Los poderes públicos, sin descuido de lo anterior, también han de proporcionarle al ciudadano canales adecuados para hacer saber al sistema sanitario cuáles son sus fallos, y de ese modo reaccionar y resolver tales problemas.

1.2. Asistencia social

Se puede comprender dentro de este concepto la ayuda a los necesitados para abastecer las necesidades de la sociedad tal como se define a continuación.

1.2.1. Definición

La asistencia es un concepto con múltiples usos, en este caso, interesa destacar su acepción como una ayuda, un soporte o auxilio que se le brinda a quien lo necesita, tanto el Estado como la sociedad en general.



Por su parte, social, es un adjetivo que refiere a lo vinculado con la sociedad. Este último término (sociedad), por otro lado, hace mención al conjunto de personas que comparten una cultura y otros rasgos y que interactúan en el seno de una comunidad.

La noción de asistencia social, por lo tanto, está asociada a un servicio que se presta para solucionar problemas de diversa índole y mejorar las condiciones de vida de las personas.

El objetivo de la asistencia social es que todos los integrantes de una sociedad gocen de los mismos derechos y oportunidades. Como en toda comunidad existen desigualdades, la asistencia social está dirigida a los más desfavorecidos. Su trabajo se orienta a que todos los individuos puedan satisfacer sus necesidades básicas. Lo habitual es que la asistencia social se desarrolle a través de instituciones del Estado o de organizaciones no gubernamentales (ONG). Sin embargo, el concepto asistencia social comprende no solo ayuda del Estado en todos los ámbitos como apoyo educativo, facilitación de vivienda, entrega de alimentos o de remedios, sino al apoyo de otras personas o instituciones benéficas, iglesias, refugios, entre otros, para mantener la igualdad entre todos los habitantes del país.

En el ámbito de salud mental, quienes padecen trastornos mentales pertenecen a un grupo situado en el margen del sistema social, privado no sólo de acceso a los recursos de la sociedad, sino también de cualquier tipo de relación social.

Quienes padecen trastornos mentales “Son un grupo al que se ha negado progresivamente los atributos de persona, individuos excluidos del proceso productivo y del de consumo, dada su precariedad económica y que, además, por definición son irrecuperables.”⁴

La asistencia social para este grupo de personas necesita un nivel de atención mayor, debido a que como se mencionó, han sido excluidos de la sociedad, es deber constitucional del Estado garantizar la atención médico-social, así como promover políticas y servicios que permitan su rehabilitación y su reincorporación integral a la sociedad.

1.2.2. Antecedentes

Como bien se sabe, el apoyo mutuo y la ayuda a los necesitados es tan antigua como la humanidad, o al menos desde el momento que se tienen noticias de la presencia del hombre en la Tierra. En las sociedades primitivas la ayuda a los necesitados y desvalidos era asumida por la familia, la tribu o el clan, como un aspecto del apoyo mutuo que se prestaban entre sí.

Estudios realizados acerca del hombre primitivo indican que sus motivaciones se centraban decididamente en auto preservación, en el bienestar de su familia y de su tribu.

⁴ Mondragón Lasagabaster, Jasone, Isabel Trigueros. **Manual de prácticas de trabajo social en el campo de la salud.** Pág. 108.

La primera manifestación de un acto “caritativo” o intento de compartir se habrá dado cuando algún hombre ofreció a otro el alimento que podría haber consumido solo. Aunque podemos especular acerca del sentido de este acto, representa una preocupación por el bienestar ajeno cualquiera que haya sido su motivación.

Constituye desde el punto de vista de la conducta la contraparte de la organización social. Ambas posibilitaron la supervivencia del hombre. No podemos saber si éste tuvo conciencia del aspecto personal de esta actitud o sea del sentido del deber, la lealtad o la solidaridad. De todas maneras éstos son los elementos básicos representados en el acto de asistencia social.

En el siglo XVIII a. C. en Mesopotamia, con el código del rey Hammurabi, se presenta una serie de derechos que protegen a las personas menos favorecidas de esa cultura.

En Egipto, en la tumbas de los faraones existen datos suficientes para reconocer que el precepto de otorgar a las clases inferiores alimentación, vestir y no oprimir, era considerado una obligación y se valoraba al faraón que lo cumplía.

“En China Confucio fue fundador de la religión confucianismo que señala que el hombre en la tierra tiene la misión de ayudar y fomentar el bien y sobre todo no cometer males o perjuicios.

Los postulados de esta religión son: La misión del hombre es ayudar al prójimo, se debe fomentar el bien y evitar cometer actos detestables contra el prójimo.

Se debe desarrollar una acción recíproca, devolver bien por bien porque se considera que si haces el bien lo encuentras. Se trata por lo tanto de una filosofía basada en la ayuda y compromiso con el prójimo.”⁵

En Atenas la ayuda a los ciudadanos desvalidos es una forma establecida por el estado, definía al mismo tiempo las ayudas en dos tipos: pensiones o ayudas económicas que consistía en donaciones económicas que aportaban lo necesario para sustentarse; y, distribuciones en especie como aceite, carne, trigo, harina, entre otros. El estado se encargaba de precisar de dónde provenían: recaudación de las entradas a espectáculos públicos, estadios, teatros y asambleas. Estaba formado por una burguesía de comerciantes y armadores que tenían todos los poderes.

En Grecia no existe la idea de distribución de la riqueza. Estos ciudadanos menos favorecidos estaban obligados en gran medida a contribuir con grandes tributos e impuestos para engrandecer la polis.

En Roma, los emperadores romanos van a manifestar públicamente la relevancia de tener a su pueblo contentos aspirando a que todos tuvieran pan (subsistencia) y circo (recreo). En la República, con Julio César existe un fuerte respeto por los recursos humanos de ciudadanos de Roma y sobre todo durante la época de declinación del imperio se manifiesta esa preocupación humana por el bienestar individual. El pueblo hebreo sostenía que la ayuda mutua es un mandato de Dios y por lo tanto surgen ideas dirigidas a la protección de los necesitados: viudas, huérfanos, enfermos y pobres.

⁵ Consultado en: <http://html.rincondelvago.com/historia-de-la-accion-social.html> (5 de Diciembre de 2013)

Con el cristianismo aparece como revolución social, una manera de sobrellevar la vida, practicar esas creencias y confiar en el otro mundo permitía elevarse con un poder y fuerza que no aportaban los bienes materiales del momento.

Esta sociedad amenazada por el hambre va desarrollando una ideología nueva y coherente ante esa situación, aparece la institución capital: diaconado que va a tratar el cumplimiento de esos mandatos y serán los diáconos quienes respondan a las necesidades de los pobres, viudas, enfermos y huérfanos; para testimoniar sus creencias y divulgar la doctrina cristiana.

En la edad media la ayuda de los demás se desarrollaba a través de la familia y de las relaciones de buena vecindad. Es la solidaridad vecinal o familiar quien actúa cuando un ciudadano tiene problemas. Se ayuda en el cultivo a reconstruir una vivienda dañada, a la viuda que no tiene medios de subsistencia, o se acoge a esos huérfanos que han perdido a sus padres. Sin duda, la solidaridad vecinal continúa en la actualidad desempeñando un importante papel, aunque ya no de un modo exclusivo.

Otra forma de protección típica de esta época, no basada en las relaciones de buena vecindad o familiares, son los gremios. Estos eran corporaciones formadas por los maestros, oficiales y aprendices de una misma profesión u oficio, regidos por unos estatutos u ordenanzas especiales. Los gremios establecían mecanismos de protección a los afiliados ante situaciones de necesidad por medio de cuotas aportadas por todos los miembros.



Sólo tenían derecho a beneficiarse de estas prestaciones sus miembros, que contribuían al mantenimiento del gremio. Es la forma que se conoce como previsión.

Los señores feudales también daban cierta protección y refugio a los vasallos que formaban parte de su feudo, pero por otro lado, contribuían a su explotación sistemática. Quizás por eso, como forma de aliviar esa explotación proporcionaban una leve protección social a sus vasallos, graciable, sin ningún criterio preestablecido, al total capricho del señor y basadas en unas relaciones de sumisión.

Pero, en este período, debemos destacar especialmente las acciones caritativas, cuyos beneficiarios no eran los miembros de una familia, un feudo o un gremio, sino los excluidos que no estaban sujetos a la protección de los sistemas anteriores. La caridad era ejercida por los ciudadanos dando limosna, los ayuntamientos mediante albergues y casas de misericordia, o las organizaciones religiosas con sus hospitales eclesiásticos. Estas formas caritativas, hoy superadas, estaban ligadas a sentimientos religiosos y piadosos, siendo fundamentalmente la iglesia quien se ocupaba de la atención de pobres y marginados, ayudada en su labor de nobles movidos por sentimientos piadosos y religiosos.

Tienen origen también en esta época, las primeras leyes respecto a la pobreza. La pobreza molesta a la colectividad, por tanto, intentan impedir la mendicidad al pobre que consideran válido para trabajar y que, por diversas razones no lo hace, su reincidencia en la mendicidad llevaba incluso al sufrimiento de penas.



Los pobres eran tratados igual que si fueran ladrones u otro tipo de delincuentes y condenados a castigos similares.

En la edad moderna se va reduciendo progresivamente la protección feudal y eclesiástica, comenzando a tomar cuerpo la beneficencia pública, esta, a diferencia de la caridad, no es ejercida por la iglesia o por ciudadanos con medios económicos, el protagonismo principal pasa a ser ocupado por los ayuntamientos.

La beneficencia supone una forma de superación de la caridad, ahora bien, no podemos olvidar que la beneficencia está basada en el simple altruismo o generosidad del benefactor, este carácter altruista implica discrecionalidad de la ayuda solicitada, continuando la asistencia sin ser un derecho propio del ciudadano y manteniéndose como una acción graciable. España asume tardíamente la beneficencia y no es hasta 1849 cuando se decreta la Ley General de Beneficencia.

En la edad contemporánea, a partir de la revolución francesa, con la nueva sociedad que surge desde los principios de igualdad, fraternidad y libertad comienza a considerarse al marginado como un ciudadano más con derechos y deberes. Aparece la asistencia social como segundo sistema de protección social, el Estado empieza a ocuparse de los problemas de los pobres y marginados como una obligación inherente a su propia concepción y no como una tarea residual. Esto provoca que progresivamente se vaya desplazando la acción de la iglesia (omnipresente hasta ese momento) en beneficio de la acción pública (España no se incorpora a esta forma pública de acción social hasta 1934).



Bien es cierto, que el peso mayoritario de la intervención continua estando en la iglesia, pero la participación constante de otros sectores supone un salto cualitativo muy importante.

La asistencia social aparece como un conjunto, más o menos sistematizado, de principios, normas y procedimientos para ayudar a individuos, grupos y comunidades, para que satisfagan sus necesidades y resuelvan sus problemas. La consolidación del concepto de asistencia social es pareja al nacimiento del estado liberal y a la introducción del capitalismo industrial, y plasma el inicio de la preocupación de los poderes públicos por la acción social.

Podemos considerar la intervención en este período como filantrópico-asistencial. El protagonista de la acción pasa a ser esa potente burguesía que cada vez crece más en las grandes ciudades a consecuencia del desarrollo industrial. La filantropía es un espíritu de buena voluntad activa hacia los semejantes, basado en la idea y el sentimiento de fraternidad humana, es una forma laica y más racional de la caridad cristiana. Se expresa en acciones realizadas para fomentar el bienestar, no socorriendo individualmente a los necesitados, sino mejorando su situación por medio de medidas de alcance general, especialmente a través de instituciones benéficas. Se interesan, cada vez más, por la persona como tal y, se intenta mejorar su situación, no sólo mediante limosnas y donativos, canalizados a través de instituciones religiosas, sino creando asociaciones filantrópicas más duraderas en el tiempo y sin dependencia religiosa. Estas asociaciones filantrópicas crean colegios, orfanatos, comedores, entre otros.



La asistencia social es regulada en por primera vez en la Constitución Política de la República de Guatemala de 1945, en sus Artículos 77 y 78 que literalmente establecen:

“Artículo 77. Corresponde al Estado velar por la salud física, mental y moral de la infancia, creando los institutos y dependencias necesarias y adecuadas. Las leyes de protección a la infancia son de orden público, y los establecimientos oficiales destinados a tal fin, tienen carácter de centros de asistencia social y no de caridad. Artículo 78. Los padres de familia pobres, con seis o más hijos menores, recibirán especial protección del Estado. En iguales circunstancias de idoneidad, gozarán de preferencia para el desempeño de cargos públicos.”

Los artículos mencionados, regulan taxativamente lo que es la asistencia social, únicamente para los infantes, pero aunque no comprendía la totalidad de habitantes, abrió paso a la asistencia social en el país, posteriormente, la Constitución Política de la República de Guatemala de 1956, une el derecho a la salud con el de asistencia social, reduciéndolo a un solo artículo estableciendo: “Artículo 92. El Estado velará por la salud física, mental y moral de la infancia y dictará las leyes y creará las instituciones necesarias para asegurar su protección. Se declaran de utilidad pública y gozarán del apoyo del Estado, los centros de asistencia social creados y costeados por la iniciativa privada. Las leyes de protección a la infancia son de orden público y los establecimientos destinados a tal fin tienen el carácter de centros de asistencia social.”

Aunque la asistencia social continúa siendo para la infancia, ambos derechos comienzan a guardar una relación entre sí.



Con el paso del tiempo, en la Constitución Política de la República de Guatemala del año 1965 la asistencia social se regula de la misma manera, en el Artículo 87, sin tener un cambio significativo. Fue hasta Constitución Política de la República de Guatemala de 1985, vigente actualmente, que se reguló con mayor primacía en la sección séptima del capítulo segundo del título segundo como un derecho humano social, estableciendo principalmente en el Artículo que literalmente establece: "Artículo 94. Obligación del Estado, sobre salud y asistencia social. El Estado velará por la salud y la asistencia social de todos los habitantes. Desarrollará, a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social."

Este Artículo además de ampliar el derecho a la salud, establece de forma clara la relación entre ambos derechos como obligación del Estado de velar por éstos y de forma general para todos los habitantes del país, lo cual fue un gran avance, ya que anteriormente se regulaba únicamente para los infantes.

Otro avance para la asistencia social, en la Constitución Política de la República de Guatemala de 1985, en el área de salud, fue que por primera vez se reguló la seguridad social, en el Artículo 100, para todas las personas que estuvieren afiliadas, creando al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS).

Actualmente la asistencia social es prestada por el Estado, principalmente a través de los ministerios y secretarías de la presidencia.

En la materia que nos atañe es el ministerio de salud pública y asistencia social creado por el Decreto 114-97 del Congreso de la República, Ley Orgánica del Organismo Ejecutivo, que se encarga de velar por la salud de los habitantes, así como de tratar los problemas de salud que éstas posean, también se encargan de la asistencia social organizaciones no gubernamentales y diferentes asociaciones de beneficencia.

1.3. Salud mental como rama del derecho a la salud

La salud mental que se explicará a continuación, está vinculada con el derecho a la salud, como se manifestó anteriormente, la salud constituye un grado de bienestar completo, haciéndose también referencia este concepto a la salud mental a la que todos tienen derecho.

Para mantener el equilibrio en el entorno social es necesario comprender la definición de salud mental asimilando su especial importancia y para asegurarse de su cumplimiento.

1.3.1. Definición

Se conoce como salud mental al estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural, lo que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones para alcanzar un bienestar y calidad de vida.⁶

La Organización Mundial de la Salud establece que no existe una definición clara y que cualquier definición estará siempre influenciada por diferencias.

⁶ Consultado en: http://es.wikipedia.org/wiki/Salud_mental (6 de diciembre de 2013)



Ya sean culturales, suposiciones, disputas entre teorías profesionales, la forma en que las personas relacionan su entorno con la realidad, entre otras.

Cuando se habla de salud mental, lo primero a lo que se hace referencia es a las enfermedades mentales, pero lo cierto es que va mucho más allá de eso. Quizás parezca difícil definir este término, pero en realidad la salud mental es la paz y la felicidad interior que puede sentir una persona al tener la capacidad de pensar, actuar y sentir correctamente durante su vida diaria.

Se necesita de una correcta salud mental en cada etapa de la vida, tanto en la niñez, como en la adolescencia, en la adultez y así también en la vejez, ya que en toda la vida se tienen áreas en las que la persona se debe desarrollar y sin una buena salud mental se hace muy difícil.

En un punto en común en el cual coinciden los teóricos es que salud mental y enfermedades mentales no son dos conceptos opuestos, es decir, la ausencia de un reconocido desorden mental no indica necesariamente que se tenga salud mental y, viceversa, sufrir un determinado trastorno mental no constituye un impedimento para disfrutar de una salud mental razonablemente buena.

“El mundo exterior influye mucho en la salud mental ya que cada día y en todo lugar se debe aprender a relacionarse con otras personas de la mejor manera. Lo ideal es sentirse bien con otras personas.

La observación del comportamiento de una persona en su vida diaria es el principal modo de conocer el estado de salud mental en aspectos como el manejo de sus temores y capacidades, sus competencias y responsabilidades, la manutención de sus propias necesidades, la forma en que afronta sus propias tensiones, sus relaciones interpersonales y la manera en que dirige una vida independiente⁷. Además el comportamiento que tiene una persona frente a situaciones difíciles y la superación de momentos traumáticos permiten establecer una tipología acerca de su nivel de salud mental.

Por otro lado, nos encontramos frente a las obligaciones de la vida, lo que también causa muchos problemas en la salud mental cuando no se puede lidiar con ellas. Quizás el trabajo, el cuidado de la familia, el pago de las deudas, y muchas otras obligaciones más, causan conflictos interiores que hacen caer en un estado estrés profundo a causa de la preocupación y la sobre exigencia.

La salud mental es algo interior de cada ser, por lo que también se tienen que equilibrar las emociones y sentimientos para evitar que sufran alteraciones que puedan causar algún tipo de desorden o confusión.

En fin, la salud mental encierra muchos aspectos, pero en pocas palabras podría definirse como el bienestar interior de una persona o equilibrio psico-emocional.

⁷ Kraut, Jorge Alfredo. **Salud mental: tutela jurídica**. Pág. 37.

1.3.2. Antecedentes

Al momento de reconocerse el derecho humano a la salud, en la segunda generación de los derechos humanos, se toma en cuenta desde un punto de vista global, es decir, la salud en todo sentido. El concepto de salud mental como tal, se establece en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en el año 1966, estableciendo que ésta debe ser protegida y el Estado debe asegurarse de su cumplimiento; sin embargo, toma auge cuando la Organización Mundial de la Salud observa la falta de atención de las personas con trastornos mentales, estableciendo que el derecho a la salud mental es vital para la vida de una persona.

La Declaración de Caracas, firmada en 1990, representa un marco fundamental en la historia de la salud mental en las Américas, los principios y los valores que la conforman el respeto por los derechos de las personas con enfermedades mentales y el reconocimiento de la importancia de asegurar una atención de salud mental de buena calidad en la comunidad han constituido la principal inspiración de todos los que desde entonces se han comprometido a mejorar la salud mental de las poblaciones en los países de América Latina y el Caribe. Desde 1990, se registraron enormes avances en el conocimiento en las diversas áreas relacionadas con la salud mental.

En general, todos estos avances han confirmado la relevancia, la urgencia y la factibilidad de las reformas propuestas en Caracas. Las enfermedades mentales, lo sabemos hoy, son responsables por una parte muy significativa de la carga global de las enfermedades y ocupan un lugar destacado entre las primeras causas de discapacidad.

Su tratamiento en la comunidad no solamente se ha tomado posible en la mayor parte de los casos, sino que ha obtenido una amplia evidencia de que es más costo-efectivo que a través de los modelos hospitalarios tradicionales.

Experiencias exitosas de reforma llevadas a cabo en varios países de América Latina y el Caribe demostraron que la mejoría de la salud mental es posible en los países de la Región, desde que exista voluntad política, asignación de recursos de acuerdo a la importancia relativa de la salud mental y capacidad técnica para implementar las reformas necesarias.

“Infortunadamente, (...) los indicadores disponibles muestran que, en la gran mayoría de las poblaciones, las metas de Caracas continúan sin cumplirse enteramente, si se toma en cuenta se estima que más de 450 millones de personas en el mundo sufren de trastornos mentales, se calcula que los trastornos mentales y del comportamiento representan el 12% de la carga de morbilidad en el mundo, sin embargo, el presupuesto para salud mental de la mayoría de países es inferior al 1% del gasto total en salud por lo que la relación entre carga de morbilidad y gasto en salud mental es claramente desproporcionada. Más aún, el 40% de los países no disponen de una política de salud mental, y en más del 30% no existe un programa dedicado a ella”⁸.

En un gran porcentaje de países, la legislación sobre salud mental es quizá uno de los aspectos más descuidados del derecho a la salud.

⁸ Organización Mundial de la Salud (2001). **Informe sobre la salud en el mundo 2001: salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas.** Pág. 3

Los prejuicios sociales, sumados a la desinformación respecto a los trastornos mentales, han llevado a la exclusión y desatención, incluso jurídica, de las personas con discapacidad por enfermedad mental. Hoy en día, las personas que sufren de enfermedades mentales se encuentran en gran parte recluidas en instituciones psiquiátricas, particularmente expuestas a que sus derechos sean violados, y con escasas posibilidades de acceder a los mecanismos regulares de protección de derechos.

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos, órgano principal y autónomo de la Organización de los Estados Americanos (OEA) encargado de la protección y promoción de los derechos humanos en la región, ha verificado que “en las Américas, los usuarios, sus familiares, personal de salud mental, abogados, jueces y demás personas involucradas en la promoción y protección de la salud mental tienen conocimiento limitado de los estándares internacionales y normas convencionales que protegen los derechos de las personas con discapacidad mental. Además, estos estándares y normas convencionales no han sido, en la mayoría de los casos, incorporados en las legislaciones nacionales”.⁹

Otros organismos internacionales han observado también que los derechos más frecuentemente violados en hospitales psiquiátricos incluyen el derecho a ser tratado con humanidad y respeto, el derecho a una admisión voluntaria y el derecho a recibir tratamiento.

⁹ Organización de los Estados Americanos. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2001). **Recomendación sobre la promoción y protección de los derechos de las personas con discapacidad mental**. Informe anual de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos 2000.



Es por ello que resulta indispensable y urgente que los Estados adopten todas las medidas necesarias para la promoción y protección efectiva de los derechos de las personas con discapacidad mental, siempre de conformidad con las normas y estándares internacionales y regionales de derechos humanos sobre salud mental. Es necesario apartarnos de la idea de que la responsabilidad de la protección de las personas con discapacidad mental recae únicamente en el sector de la salud, y asumir que la responsabilidad es también compartida por los órganos legislativos y judiciales, así como también por los organismos regionales e internacionales.

Para proteger el derecho a la salud mental se han creado diversos instrumentos en el ámbito del sistema interamericano de derechos humanos, la Declaración Americana de Derechos Humanos, la Convención Americana sobre Derechos Humanos, la Carta de la Organización de Estados Americanos, entre otros que se detallarán más adelante.

En Guatemala, desde la Constitución Política de la República del año 1945 se establecía el derecho a la salud como un bienestar físico, mental y moral, hasta la Constitución Política de la República de Guatemala del año 1985, se reguló el derecho de las personas a restablecer su salud mental con el Artículo 53, el cual establece en su parte conducente que: “El Estado garantiza la protección de las personas que adolecen de limitaciones físicas, psíquicas o sensoriales. Se declara de interés nacional su atención médico-social, así como la promoción de políticas y servicios que permitan su rehabilitación y su reincorporación integral a la sociedad...”



Con el Artículo 53 el Estado se hace responsable de cuidar, atender y velar por la salud de quienes padecen de trastornos mentales, así como de reincorporarlos en la sociedad. Los constituyentes, a raíz de la convención de los derechos humanos de la Organización de Estados Americanos en 1969 y los instrumentos internacionales anteriormente mencionados, adhirieron a la Constitución Política de la República un amparo a estas personas que han sido objeto de violaciones a sus derechos y de desaprobación por la sociedad en general.

El 7 de junio de 1999 se adoptó, en el marco del vigésimo noveno período ordinario de sesiones de la Asamblea General, la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad. Según ese instrumento, se entiende por discapacidad: una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social. De tal forma, es el marco de la Organización de Estados Americanos, los instrumentos y acciones adoptadas a favor de las personas con discapacidad, hacen referencia también a las personas con discapacidad.



CAPÍTULO II

2. Principales entidades protectoras del derecho a la salud mental

En el presente capítulo se exponen las diferentes entidades que por hace algún tiempo se han dedicado a la protección del derecho a la salud y a la salud mental. Se desarrolla sus antecedentes y el rol que han ocupado dentro de los derechos humanos.

2.1. Entidades internacionales

En la rama de derechos humanos existen diversos organismos que se encargan de velar por el cumplimiento de los derechos humanos, los organismos internacionales están conformados por varios Estados partes para su correcto desempeño.

2.1.1. Organización de las Naciones Unidas (ONU)

La Organización de las Naciones Unidas surge como un reemplazo a la Sociedad de Naciones, fundada en 1919, ya que había fallado en su objetivo de evitar otro conflicto internacional.

En la segunda guerra mundial, se escucha por primera vez el término Naciones Unidas por el entonces presidente de los Estados Unidos Franklin Roosevelt, en la Declaración de las Naciones Unidas, el 1 de enero de 1942, como una alianza de 26 países en la que sus representantes se comprometieron a defender la Carta del Atlántico y para emplear sus recursos en la guerra contra el Eje Roma-Berlín-Tokio. La idea de la ONU fue elaborada en la declaración emitida en la Conferencia de Yalta celebrada por los aliados en febrero de 1945. Allí Roosevelt sugirió el nombre de Naciones Unidas.



Aunque está inspirada en la Sociedad de Naciones, la ONU se diferencia de ésta tanto en su composición como en su estructura y funcionalidad. Por un lado, va a aumentar su universalización, lo que va a permitir la ampliación de la organización por medio de las grandes potencias, de los nuevos estados surgidos tras la descolonización, o de los que surgirán tras el desmembramiento de la Unión Soviética, Yugoslavia y Checoslovaquia en Europa oriental.

La Sociedad de Naciones no contaba con las grandes potencias como estados miembros dificultando así el respeto mismo a su autoridad. La ONU al contar con dichas naciones recalca su propia universalidad y autoridad obligando así a los estados miembros respetar las leyes establecidas por la misma organización, evitando repercusiones importantes.

De agosto a octubre de 1944, representantes de Francia, la República de China, el Reino Unido, los Estados Unidos y la Unión Soviética celebraron la Conferencia de Dumbarton Oaks para esbozar los propósitos de la organización, sus miembros, los organismos, y las disposiciones para mantener la paz, seguridad y cooperación internacional. La actual organización refleja parcialmente esta conferencia, ya que los cinco miembros permanentes del Consejo de Seguridad son dichos estados, o sus sucesores.

El 25 de abril de 1945 se celebró la Conferencia de San Francisco, en donde además de los gobiernos, fueron invitadas ciertas organizaciones no gubernamentales.



El 26 de junio las 50 naciones representadas en la conferencia firmaron la Carta de las Naciones Unidas, y en el caso particular de Polonia, quien no había estado representada en la conferencia, añadió su nombre más tarde entre los signatarios fundadores, para hacer un total de 51 Estados.

La ONU comenzó su existencia después de la ratificación de la Carta por la República de China, Francia, la Unión Soviética, el Reino Unido y los Estados Unidos y la gran mayoría de los otros 46 miembros. El primer período de sesiones de la Asamblea General se celebró el 10 de enero de 1946 en Londres, específicamente en Central Hall Westminster. La Sociedad de Naciones se disolvió oficialmente el 18 de abril de 1946 y cedió su misión a las Naciones Unidas.

En 1948 se proclama la Declaración Universal de los Derechos Humanos, uno de los logros más destacados de la ONU. Los fundadores de la ONU manifestaron tener esperanzas en que esta nueva organización sirviera para prevenir nuevas guerras. Estos deseos no se han hecho realidad en muchos casos.

Desde 1947 hasta 1991, la división del mundo en zonas hostiles durante la llamada guerra fría hizo muy difícil este objetivo, debido al sistema de veto en el Consejo de Seguridad. Desde 1991 las misiones de paz de la ONU se han hecho más complejas abarcando aspectos no militares que asegurasen un adecuado funcionamiento de las instituciones civiles, como en las elecciones.

En la actualidad, no permanecen las condiciones internacionales que impulsaron la gestación de la ONU; debido a que, el sistema internacional está en constante cambio, los problemas han tomado nuevas formas, han surgido nuevas amenazas, así como, nuevas formas de cooperación internacional y temas de relevancia social tales como la brecha digital. Ajustar a la ONU a la nueva realidad internacional ha sido la principal razón de la comunidad internacional y de esa manera evitar que la ONU se convierta en un organismo internacional obsoleto.

Recientemente ha habido numerosas llamadas para la reforma de la ONU. Algunos desean que ésta juegue un papel mayor o más efectivo en los asuntos mundiales, otros desean que su papel se reduzca a la labor humanitaria. Ha habido también numerosos llamamientos a ampliar la composición del Consejo de Seguridad para reflejar la situación geopolítica actual y para que se modifique el procedimiento de elección del Secretario General.

La República de Guatemala, es miembro fundador de las Naciones Unidas, habiendo firmado la Carta de las Naciones Unidas y el Estatuto de la Corte Internacional de Justicia el 26 de junio de 1945 durante el gobierno de Juan José Arévalo Bermejo y depositado su ratificación el 21 de noviembre del mismo año. La Organización de las Naciones Unidas es la mayor organización internacional existente, la cual se define como una asociación de gobierno global que facilita la cooperación en asuntos como el Derecho Internacional, la paz y seguridad internacional, el desarrollo económico y social, los asuntos humanitarios y los derechos humanos.



Desde su sede en Nueva York, los Estados miembros de las Naciones Unidas y otros organismos vinculados deliberan y deciden acerca de temas significativos y administrativos en reuniones periódicas celebradas durante el año.

La ONU está estructurada en diversos órganos, de los cuales los principales son:

- Asamblea General.
- Consejo de Seguridad.
- Consejo Económico y Social.
- Secretaría General.
- Consejo de Administración Fiduciaria.
- Corte Internacional de Justicia.

Entre los instrumentos más significativos en materia de derechos humanos y el derecho a salud y a salud mental, se encuentra la Declaración Universal de Derechos Humanos, que surge en el año 1948, el Pacto Internacional de derechos económicos, sociales y culturales en el año 1966, también la creación de Principios para la protección de enfermos mentales y mejoramiento de la asistencia de la salud mental, creados en el año 1991; los cuales se detallarán más adelante.

2.1.2. Organización de los Estados Americanos (OEA)

La Organización fue fundada con el objetivo de lograr en sus Estados Miembros, como lo estipula el Artículo 1 de la Carta, "un orden de paz y de justicia, fomentar su solidaridad, robustecer su colaboración y defender su soberanía, su integridad territorial y su independencia".



Algunos historiadores remontan el origen del sistema interamericano al Congreso de Panamá convocado por Simón Bolívar en 1826. Sin embargo, en 1889 los Estados americanos decidieron reunirse de manera periódica y comenzar a forjar un sistema común de normas e instituciones. Entre tanto, se celebraron conferencias y reuniones que intentaron dar origen al sistema, pero fue una invitación del gobierno de Estados Unidos la que desencadenó el proceso que ha continuado ininterrumpidamente hasta hoy día.

La Primera Conferencia Internacional Americana tuvo lugar en Washington, D.C., del 2 de octubre de 1889 al 19 de abril de 1890, con el objeto de discutir y recomendar a los respectivos Gobiernos la adopción de un plan de arbitraje para el arreglo de los desacuerdos y cuestiones que puedan en lo futuro suscitarse entre ellos; asuntos relacionados con el incremento del tráfico comercial y de los medios de comunicación directa entre dichos países; de fomentar aquellas relaciones comerciales recíprocas que sean provechosas para todos y asegurar mercados más amplios para los productos de cada uno de los referidos países.

En esta Conferencia, dieciocho fueron los Estados americanos que participaron, en la que se acordó establecer una Unión Internacional de Repúblicas Americanas, con sede en Washington, D.C., por medio de la cual se pueda obtener la pronta y exacta publicación, a costa y en provecho común, de datos comerciales importantes.



Posteriormente, la Unión Internacional de Repúblicas Americanas se transformaría en la "Unión Panamericana" y, por último, cuando se ampliaron sus funciones, en la Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos.

Respecto de los temas legales, la Conferencia recomendó la elaboración de un Tratado de Arbitraje como medio de resolver controversias entre las naciones americanas evitando la guerra.

Esta conferencia también sentó las bases de lo que luego sería el sistema interamericano: inquietudes comerciales tendientes a lograr una mayor integración, inquietudes jurídicas por el fortalecimiento de los lazos entre el Estado y el sector privado en un entorno pacífico de cooperación y seguridad regional, y el establecimiento de instituciones especializadas en diferentes esferas.

Las Conferencias Internacionales Americanas se reunieron a intervalos variados hasta que, en 1970, fueron reemplazadas por los períodos de sesiones de la Asamblea General de la OEA, luego de que entrara en vigencia el Protocolo de Reformas a la Carta de la Organización de los Estados Americanos, adoptado en Buenos Aires.

Además de las conferencias, también se celebraron reuniones de ministros de relaciones exteriores y otras reuniones especializadas, como la Conferencia Interamericana sobre Problemas de la Guerra y la Paz y la Conferencia Interamericana para el Mantenimiento de la Paz y la Seguridad del Continente.



La primera, realizada en México en 1945, tuvo por objeto debatir actividades conjuntas a ser emprendidas por los Estados americanos en concordancia con las Naciones Unidas, que en ese entonces estaba en proceso de formación.

Por su parte, la Conferencia Interamericana para el Mantenimiento de la Paz y la Seguridad del Continente, reunida en Río de Janeiro, Brasil, en 1947, luego de la Segunda Guerra Mundial y cuando comenzaba a gestarse la Guerra Fría, adoptó el Tratado Interamericano de Asistencia Recíproca, con el fin de asegurar la legítima defensa colectiva ante un eventual ataque de una potencia de otra región y decidir acciones conjuntas en caso de un conflicto entre dos Estados partes del Tratado.

Durante este período se adoptaron numerosos acuerdos que establecieron los principios básicos de lo que posteriormente sería la Organización de los Estados Americanos. Por ejemplo, en 1923, la Quinta Conferencia Internacional Americana (Santiago, Chile) adoptó el Tratado para Evitar o Prevenir Conflictos entre los Estados Americanos (Tratado de Gondra), y en 1933, la Séptima Conferencia Internacional Americana (Montevideo, Uruguay) aprobó la Convención sobre los Derechos y Deberes de los Estados, en la cual se reafirma el principio de que “los Estados son jurídicamente iguales, disfrutan de iguales derechos y tienen igual capacidad para ejercerlos”, se reitera el principio de que ningún Estado tiene derecho de intervenir (prohibición de intervención) en los asuntos internos o externos de otro, y se subraya la obligación de todos los Estados de resolver por los medios pacíficos reconocidos las divergencias de cualquier tipo que se susciten entre ellos.



En las primeras décadas del sistema interamericano, también se aprobaron varias convenciones sobre derecho internacional privado, en particular, la Convención sobre Derecho Internacional Privado (Código Bustamante), adoptada en la Sexta Conferencia Internacional Americana, que tuvo lugar en la Habana, Cuba, en 1928. Además de la Unión Panamericana, gradualmente se estableció un conjunto de instituciones con miras a facilitar la cooperación y emprender una importante labor en esferas específicas.

A través de los años se crearon las siguientes instituciones: la Organización Panamericana de la Salud (1902) —que luego se transformó en la oficina regional de la futura Organización Mundial de la Salud—, el Comité Jurídico Interamericano (1906), el Instituto Interamericano del Niño (1927), la Comisión Interamericana de Mujeres (1928), el Instituto Panamericano de Geografía e Historia (1928), el Instituto Indigenista Interamericano (1940), el Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (1942) y la Junta Interamericana de Defensa (1942).

Después del establecimiento de la OEA, se crearon, entre otros, el Banco Interamericano de Desarrollo, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, la Corte Interamericana de Derechos Humanos, la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, la Comisión Interamericana de Telecomunicaciones, la Comisión Interamericana de Puertos y el Centro de Estudios de Justicia de las Américas.



En 1923 se propuso establecer una Corte Interamericana de Justicia. Si bien ésta nunca se materializó, sirvió de precedente para la Corte Centroamericana de Justicia, que funcionó desde 1907 hasta 1918. De esta manera se creó una red de instituciones internacionales regionales para fortalecer la cooperación entre los Estados americanos en una amplia variedad de temas de la agenda regional.

La Novena Conferencia Internacional Americana, que reunió a veintiún Estados en Bogotá, Colombia, en 1948, adoptó la Carta de la Organización de los Estados Americanos, el Tratado Americano de Soluciones Pacíficas (Pacto de Bogotá) y la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.

En la misma Conferencia, se aprobó el Convenio Económico de Bogotá, que se propuso fomentar la cooperación económica entre los Estados americanos, pero que nunca entró en vigencia.

De la misma manera que la Carta de la OEA, el Pacto de Bogotá obliga a las Altas Partes Contratantes a resolver las controversias entre los Estados americanos por medios pacíficos y enumera una lista de procedimientos a seguir: buenos oficios, mediación, investigación, conciliación y arbitraje.

Si no se logra una solución mediante el procedimiento de conciliación establecido, las partes tienen derecho a recurrir a la Corte Internacional de Justicia.



La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, adoptada meses antes de la Declaración Universal de Derechos Humanos, subrayó el compromiso de la región con la protección internacional de los derechos humanos, entre ellos la salud en todo sus ámbitos y sentó las bases para la adopción de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica), que fue aprobada en 1969 y entró en vigencia en 1978.

La Carta de la Organización de los Estados Americanos fue el resultado de un largo proceso de negociación que comenzó en 1945. Originalmente se propusieron varios nombres para la nueva institución: “Unión”, “Comunidad regional” y “Organización”. Luego de haberse elegido esta última designación, se discutió sobre el uso de “Estados”, “Naciones” o “Repúblicas”. No se optó por el término “Repúblicas” a fin de no excluir otras formas de gobierno que pudieran existir en la región, y se rechazó la opción “Naciones” por ser este término más cultural o sociológico que jurídico. Así se gestó el nombre que conocemos en la actualidad: “Organización de los Estados Americanos”.

También se estableció la nueva relación de la Organización con el sistema universal de las Naciones Unidas, que se había creado tres años antes. El artículo 1 de la Carta de la OEA establece que: “Dentro de las Naciones Unidas, la Organización de los Estados Americanos constituye un organismo regional”, de conformidad con las estipulaciones del Capítulo VIII (Acuerdos Regionales) de la Carta de las Naciones Unidas.

Como tal, "la OEA ha participado en actividades relacionadas con la paz y la seguridad de la región, especialmente y más recientemente en varios momentos de la historia de Haití, cuando las dos organizaciones emprendieron misiones conjuntas"¹⁰.

La Carta de 1948 ha sido modificada mediante Protocolos de Reformas en cuatro oportunidades: Buenos Aires, en 1967; Cartagena de Indias, en 1985; Washington, en 1992, y Managua, en 1993.

Si bien no están previstas en la Carta, desde 1994 se han celebrado Cumbres de Jefes de Estado y de Gobierno de las Américas, que constituyen foros políticamente importantes en los que se emiten decisiones y recomendaciones, generalmente en forma de una Declaración y plan de acción, respecto de los objetivos que deben cumplir las organizaciones del sistema interamericano, especialmente la OEA.

La OEA también se desempeña como secretaria de varias reuniones ministeriales, en particular de las reuniones de Ministros de Justicia, trabajo, ciencia, salud y tecnología y educación de las Américas. Hoy en día, la OEA reúne a los treinta y cinco Estados independientes de las Américas y constituye el principal foro gubernamental político, jurídico y social del Hemisferio. Además, ha otorgado el estatus de Observador Permanente a sesenta y siete Estados, así como a la Unión Europea. Para lograr sus más importantes propósitos, la OEA se basa en sus principales pilares que son la democracia, los derechos humanos, la seguridad y el desarrollo.

¹⁰ Consultado en: http://www.oas.org/es/acerca/nuestra_historia.asp (11 de enero de 2014)



2.1.3. Organización Mundial de la Salud (OMS)

La Organización Mundial de la Salud es el organismo especializado en salud creado por Naciones Unidas el día 7 de abril de 1948, para gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial. Inicialmente fue organizada por el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas que impulsó la redacción de los primeros estatutos de la OMS. Su primera reunión tuvo lugar en Ginebra en el año de 1948.

El texto de su Constitución establece que su objetivo es que todos los pueblos puedan gozar del máximo grado de salud alcanzable. Salud es, en este caso, definida como estado de completo bienestar físico, mental y social, no sólo como la ausencia de enfermedades e infecciones.

Para conseguir su objetivo, la OMS se centra en seis funciones básicas: la articulación de políticas coherentes, éticas, basadas en pruebas científicas; la gestión de la información y estimulación de la investigación y el desarrollo; el apoyo técnico y normativo; la negociación de fórmulas de asociación mundiales y nacionales; la validación y vigilancia de normas y criterios y el estímulo al desarrollo de nuevas tecnologías e instrumentos.

Los estados miembros de la OMS son 192 y gobiernan la Organización a través de la Asamblea Mundial de la Salud: una asamblea compuesta por representantes de todos los estados miembros de la OMS.

Las funciones más destacadas de la Asamblea Mundial de la Salud son la aprobación del programa y del presupuesto de la OMS en períodos de dos años y decidir acerca de las principales cuestiones relativas a políticas de funcionamiento. Según la estrategia internacional de la OMS, su labor técnica se rige por cuatro orientaciones estratégicas relacionadas entre sí:

- Reducir el exceso de mortalidad, morbilidad y discapacidad.
- Promover formas de vida sanas y reducir factores de riesgo para la salud.
- Desarrollar sistemas de salud para mejorar los resultados sanitarios, que respondan a las necesidades de la población y sean financieramente justos.
- Configurar una política propicia y un entorno institucional para el sector de la salud, promover una dimensión sanitaria eficaz y adecuada para la realidad social, económica, ambiental y de desarrollo.

2.1.3.1. Organización Panamericana de Salud (OPS)

Los verdaderos esfuerzos en el terreno de la salud pública empezaron el 2 de diciembre de 1902 cuando se convocó a una Primera Convención Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas, que se celebraría en el Willard Hotel en Washington, D.C., los países del continente americano luchaban para combatir una epidemia de fiebre amarilla que se había propagado desde América Latina hasta los Estados Unidos por conducto del comercio marítimo; con la asistencia de un grupo de personas visionarias y pragmáticas que representaban a 11 naciones, estas personas, reconociendo la necesidad de un ataque frontal y coordinado para lograr la erradicación de enfermedades, crearon la entidad antecesora de la OPS y marcaron los comienzos del organismo de salud internacional de más larga vida, la Oficina Sanitaria Panamericana.



Las primeras funciones de la Oficina fueron recopilar datos sobre las condiciones sanitarias, investigar los "brotos de enfermedades epidémicas" y proteger la salud pública en todos los países, con miras a eliminar las enfermedades y hacer cumplir el saneamiento de los puertos marítimos. De inmediato, la eliminación de los mosquitos se convirtió en el centro de la acción sanitaria, lo cual generó beneficios directos para la salud de la población.

En 1924, se ampliaron las funciones y las responsabilidades de la Oficina gracias a la firma, por 18 países de las Américas, del Código Sanitario Panamericano. La firma del Código tuvo lugar en La Habana, Cuba, durante la Séptima Conferencia Sanitaria Panamericana. Con el correr de los años, el Código, que fue ratificado por todas las repúblicas de las Américas y sigue estando vigente hoy en día, hizo de la Oficina el principal organismo coordinador de las actividades internacionales de salud en el continente. El Código representaba el mayor logro en la formulación de políticas sanitarias en la región y la culminación de varios decenios de iniciativas encaminadas a prolongar la vida y velar por el bienestar de la población.

En 1949, la Oficina se convirtió en la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud y se integró en el sistema de las Naciones Unidas. En 1950, mediante el convenio formal firmado con la Organización de los Estados Americanos, pasó a ser la organización especializada para la salud del Sistema Interamericano.

En 1958, se cambió el nombre anterior por el de Organización Panamericana de la Salud.



Por varias generaciones, los hombres y las mujeres de la OPS han constituido un grupo de esforzados trabajadores de salud, en su mayoría anónimos, que marcaron la ruta del progreso hacia la salud para todos. Gracias a ellos, se pusieron en marcha la estructura y las iniciativas que ayudaron a la OPS a convertirse en el ejecutor de muchas iniciativas pioneras.

Fue la primera organización internacional de salud en crear un frente unido contra la propagación de epidemias y enfermedades que asolaron al continente a finales de siglo.

Su programa de erradicación de la viruela, iniciado en 1949, utilizó una nueva vacuna liofilizada que sentó las bases y estableció la norma para la erradicación mundial de la enfermedad en 1978, además de crear las condiciones para futuras campañas de erradicación de otras enfermedades, entre ellas la poliomielitis y el sarampión.

Fue también el primer organismo en prestar cooperación técnica directa con miras a prevenir, controlar y erradicar las enfermedades, promover la salud, estimular la investigación; formar y adiestrar a los trabajadores de salud, e informar a los profesionales y al público acerca de aspectos científicos, técnicos y sociales de la salud. A lo largo de estos años, el alcance de la organización siguió ampliándose. La importancia asignada inicialmente a someter a cuarentena los casos de ciertas enfermedades dio lugar a iniciativas que contribuyeron a cristalizar la obligación moral y política de los países de mejorar la salud de toda la sociedad y de reducir la brecha entre los privilegiados y los desfavorecidos en el ámbito de la salud.



La OPS trabajó incansablemente para lograr que este progreso llegara al mayor número posible de personas, a objeto de mitigar el sufrimiento causado por las enfermedades transmisibles y crónicas, además de fomentar el mejoramiento de la educación y de las condiciones ambientales para mejorar la vida de todos, pero especialmente de los pobres.

Hoy en día, la Organización Panamericana de la Salud es una coalición de países que abarca alrededor de 30% de la masa terrestre y aproximadamente 14% de la población actual del mundo. Desde su Sede en Washington, D.C., dirige a expertos científicos y técnicos en 27 oficinas de país y en nueve centros científicos. Las autoridades sanitarias de los Estados Miembros de la OPS establecen las políticas técnicas y administrativas de la OPS por conducto de sus Cuerpos Directivos.

Los Estados Miembros de la OPS son los 35 países de las Américas; Puerto Rico es miembro asociado. Francia, los Países Bajos y el Reino Unido son Estados Participantes, y Portugal y España son Estados Observadores.

La misión de la OPS, tal como se estipula en su Constitución, no ha variado: ayudar a que los países del continente americano colaboren para combatir las enfermedades, prolongar la vida y promover la salud física y mental de las personas. Actualmente, cuando el continente debe hacer frente a tantas amenazas para la salud, la OPS es más importante que nunca.

La oficina de OPS/OMS Guatemala se instaló en 1948 y trabaja en conjunto con autoridades gubernamentales, instituciones académicas y científicas, organizaciones de la sociedad civil, gobiernos locales, organizaciones no gubernamentales y organismos de cooperación bilateral y multilateral. Ubicada en el edificio Etisa, Plazuela España, séptima avenida 12-23 zona nueve de la ciudad de Guatemala, para cumplir su mandato y apoyar la implementación de las decisiones de sus cuerpos directivos, la Representación de la OPS/OMS en Guatemala trabaja en cinco áreas programáticas:

- Gerencia y coordinación.
- Salud familiar y comunitaria.
- Prevención y control de enfermedades.
- Sistemas y servicios de salud.
- Salud ambiental y desarrollo local.

2.1.3.1.1. Programa de Salud Mental de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y su Desarrollo histórico

La Salud Mental se incorpora como área de experiencia técnica a la estructura de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) en 1961, con la designación de un especialista de origen mexicano, el Dr. Jorge Velasco Alzaga, para ocupar el cargo de Asesor Regional, en el que permaneció hasta 1964. Durante su gestión, el Dr. Velasco Alzaga se dedicó primordialmente a realizar un diagnóstico de la situación de la salud mental en la región. A tal efecto, visitó todos los países que la integran, tomando nota de los programas existentes, de los servicios de atención psiquiátrica en actividad y de los programas de educación en psiquiatría ofrecidos en diversas universidades.

También visitó la mayor parte de las instituciones psiquiátricas y se dio cuenta de su deplorable condición.

Durante ese período la Organización Panamericana de la Salud estableció relaciones formales con la Federación Mundial para la Salud Mental, con la Asociación Psiquiátrica de América Latina, con la Asociación Psiquiátrica de Estados Unidos y con el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos de América. Esta última institución otorgó una donación con la que se inició la recolección de leyes relacionadas con la psiquiatría y la salud mental existentes en los países latinoamericanos y caribeños.

Además se apoyó la realización de dos seminarios subregionales de salud mental en los que estuvieron presentes representantes de los departamentos o programas de salud mental de distintos países de la región. El primer encuentro se celebró en Cuernavaca, México, en 1962; el segundo evento tuvo lugar en Buenos Aires, Argentina, en 1964.

Utilizando la información disponible, principalmente con referencia a la disponibilidad de camas en los hospitales psiquiátricos, a las tasas de mortalidad relacionadas con los trastornos mentales y a las admisiones institucionales, se hizo una aproximación inicial de tipo cuantitativo a los problemas de la atención psiquiátrica en la región. En ambas reuniones de carácter subregional, se realizó por primera vez una crítica a la hospitalización en instituciones psiquiátricas y se recomendó incorporar la atención psiquiátrica a los sistemas y actividades de salud pública.



Entre julio de 1964 y octubre de 1986, el Dr. René González ocupó el cargo de Asesor Regional en Salud Mental. A su ingreso en la Organización se dedicó a concluir el proceso de diagnóstico de situación iniciado por el Dr. Velasco Alzaga y a terminar de ejecutar la donación del Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos antes mencionada.

También se finalizó la tarea de recolección de leyes y, con la colaboración de especialistas latinoamericanos, se completó un directorio de psiquiatras y se elaboró un catastro de instituciones psiquiátricas.

En 1966, se realizó en Kingston, Jamaica, el tercer y último Seminario Subregional de Salud Mental, en el que participaron los países del caribe no hispano, en esta reunión se dio mayor énfasis a un enfoque integral de salud mental en contraposición con el término más restrictivo de atención psiquiátrica y se hizo una crítica más directa del hospital psiquiátrico.

En efecto, entre las recomendaciones finales sobresale la que insta a que no se construyan más hospitales psiquiátricos y que se ofrezcan servicios alternativos de tratamiento de las enfermedades mentales como parte de los programas de salud pública. Los informes de los tres seminarios subregionales citados sirvieron de base para la elaboración de programas nacionales de salud mental dependientes de los ministerios de salud en varios países.



Paulatinamente se fue cristalizando la idea de que era conveniente y necesario promover un cambio en la asistencia psiquiátrica, aunque todavía no había llegado el momento para que tal giro se tradujera en posiciones concretas o programáticas de nivel continental.

No obstante, a lo largo de las dos décadas que se analizan, la OPS fue aumentando las consultorías sobre organización de los servicios de salud mental y desarrolló una política de becas en las que la formación fuera de los países se concentraba en el abordaje de salud pública de la salud mental, dejando a los propios países la tarea de la especialización psiquiátrica.

En 1969, la OPS convocó en Viña del Mar, Chile, a un grupo de trabajo sobre administración de servicios psiquiátricos y de salud mental en el que intervinieron 44 participantes y observadores de 22 países de Latinoamérica y el Caribe, el objetivo primordial de la reunión era llegar a un acuerdo sobre los cambios necesarios para modernizar la atención psiquiátrica y promover acciones de salud mental más amplias e integrales. En este foro se alcanzó un consenso en cuanto a la necesidad de apartarse de los modelos clásicos de manicomios y dar fin a las prácticas de tipo custodial.

Se recomendó la integración de los programas de salud mental en el contexto de la salud pública, la promoción de la participación de las comunidades, la participación de pacientes y familiares en la planificación y prestación de servicios y la modificación de la legislación existente en relación con la salud mental.



Puede decirse que este encuentro fue un precursor de la Conferencia sobre la Reestructuración Psiquiátrica en América Latina y de la Declaración de Caracas de 1990.

Durante las dos décadas en análisis, el desarrollo del recurso humano de salud mental, tanto a nivel de pregrado como de especialización, ocupó un lugar prioritario en el programa de cooperación técnica en salud mental de la OPS. A tal efecto, se mantuvieron estrechos contactos con escuelas de medicina y de salud pública y con programas de residencia en psiquiatría.

Entre 1970 y 1980, se celebraron varias reuniones técnicas sobre enseñanza de la salud mental en las que participaron profesores y expertos en la materia.

Otro aspecto importante de la gestión del Programa Regional de Salud Mental fue el relativo a las enfermedades neurológicas con un importante componente psíquico. Se dio especial énfasis a la prevención y control de la epilepsia y del retardo mental (discapacidad intelectual), campo en el cual se contó con la colaboración de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos.

En 1983, la OPS publicó un manual sobre epilepsia dirigido a los trabajadores del nivel primario de atención. También se promovió un estudio epidemiológico internacional sobre la prevalencia de la epilepsia en Chile, Colombia, Cuba, México y Venezuela.



Durante las décadas de los años setenta y ochenta, la prevención y el control del alcoholismo y la farmacodependencia fue un componente importante del Programa de Salud Mental de OPS, por lo que se contó con la colaboración permanente de un asesor regional especializado en el tema. Gracias al apoyo técnico y financiero de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos, fue posible crear en San José, Costa Rica, un centro de investigaciones sobre alcoholismo que operó en la década de los setenta y realizó importantes investigaciones sobre el consumo de bebidas alcohólicas y sus consecuencias, así como sobre sus implicaciones sociales y económicos. Al mismo tiempo, se prestó asistencia técnica y financiera al Instituto Nacional sobre Alcoholismo del citado país.

Con el fin de revisar y apoyar el Programa de Salud Mental de la Organización, en 1985, se convocó la primera reunión del Grupo Asesor del Programa Regional de Salud Mental en la ciudad de Panamá. En el citado evento se propusieron acciones para desarrollar subprogramas regionales sobre:

- factores psicosociales de la salud;
- prevención y control de problemas relacionados con el uso del alcohol;
- prevención y control de trastornos mentales y enfermedades neurológicas con importante componente mental.

Un hecho histórico durante este periodo fue el lanzamiento de la Iniciativa Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica, que tuvo como punto de partida la Conferencia de Caracas, Venezuela, celebrada entre el 11 y el 14 de noviembre de 1990.



Esta reunión fue convocada por la OPS y apoyada por múltiples organizaciones, entre ellas, el Instituto Mario Negri de Milán, Italia, la Asociación Mundial de Psiquiatría, la Asociación Psiquiátrica de América Latina, la Federación Mundial de Salud Mental, la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial, además de varios países europeos (Italia, España y Suecia). Este evento tuvo como colofón una Declaración que sentó los principios para avanzar en la reforma en nuestro continente.

En 1991, la OPS publicó una síntesis de las presentaciones y discusiones de la Conferencia de Caracas. Entre otras cosas, la Declaración de Caracas enfatizó que la atención convencional, centrada en el hospital psiquiátrico, no permitía alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva.

Posteriormente, se realizó una reunión de los países del Caribe Inglés donde se adoptó una declaración análoga a la de Caracas.

Otro elemento importante a destacar fue el seguimiento a la implementación de la Iniciativa Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica, para lo cual se lanzó un programa de colaboración técnica en casi todos los países de la Región, el cual se extendió durante varios años de la década del 90. En ese programa jugaron un papel fundamental varios consultores europeos, que se autofinanciaron, así como consultores latinoamericanos, coordinados todos por OPS. Al calor de estos procesos, se creó el Grupo de Acción de Centroamérica y Panamá, que duró varios años, y otro similar, en la subregión Andina, de vida más corta.

En 1992, se publica la obra **Temas de Salud Mental en la Comunidad**, de amplia difusión en el continente, en especial en universidades y escuelas técnicas de salud.

Posteriormente, en 1997, el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) reiteró el apoyo al proceso de reestructuración de la atención psiquiátrica.

En 1997, se crea el Programa Regional de Salud Mental y Estilos de Vida Saludable, como parte de la estructura organizativa de OPS, formando parte de la División de Promoción y Protección de la Salud. El Dr. Levav ocupaba el cargo de Coordinador de este Programa. El 2001 fue un año de importantes acontecimientos. En el mes de septiembre, el Consejo Directivo de la OPS discutió y aprobó un documento técnico y una resolución sobre el tema que, entre otros puntos, instaba a los Estados Miembros a lo siguiente:

- Incluir la salud mental entre las prioridades de la salud pública.
- Intensificar las acciones para reducir el estigma y la discriminación contra las personas con trastornos mentales.
- Continuar desarrollando esfuerzos y estrategias para lograr que la atención de salud mental se desplace de los hospitales psiquiátricos a la comunidad.
- Promover y apoyar la puesta en práctica de programas de rehabilitación psicosocial.
- Desplegar esfuerzos para crear y/o actualizar las disposiciones jurídicas que protejan los derechos humanos de las personas con discapacidades mentales.

- Fortalecer los servicios y programas para grupos poblacionales con necesidades específicas (mujeres, ancianos, niños, refugiados, víctimas de los desastres e indígenas).
- Reforzar el enfoque multisectorial de la salud mental.
- Promover la participación familiar y comunitaria.

Una de las actividades más importantes desarrolladas por la OPS en el comienzo del nuevo milenio fue la conferencia Salud Mental en las Américas: Asociándonos para el progreso, que tuvo lugar en Washington D.C. los días 5 y 6 de noviembre de 2001. Durante el transcurso de esta reunión, un amplio grupo de expertos e invitados debatieron sobre las lecciones aprendidas y los desafíos de cara al futuro.

También en el año 2001, la Organización Mundial de la Salud (OMS) decidió lanzar una serie de iniciativas destinadas a colocar la salud mental en la agenda política global y darle una mayor visibilidad en todo el mundo, habiéndose desarrollado un conjunto de instrumentos y programas extremadamente útiles. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) se unió a estos esfuerzos de la OMS y ha trabajado intensamente en el desarrollo de políticas, planes y servicios, así como en la actualización de la legislación en materia de salud mental y la promoción de los derechos humanos. Otro elemento a destacar en el periodo 2001-2005 fue el inicio de un importante proyecto financiado por el Instituto de Salud Mental de los EUA (NIMH, por sus siglas en inglés), para reforzar las capacidades de investigación en los países de la Región. Como parte de este proyecto se desarrollaron tres conferencias: Brasil-2004, México-2007 y Jamaica-2008.

En el año 2004, la OPS crea el cargo de Asesor Subregional en el campo de la Salud Mental. Con base en Panamá, se nombra un consultor para atender a los países de Centroamérica, México y el Caribe Hispano.

Entre el 5 y el 7 de noviembre de 2005 se celebró en la capital del Brasil, la "Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de Caracas". La Declaración Final de Brasilia menciona los nuevos desafíos que se habían hecho más evidentes en esos últimos quince años. Si bien es cierto que se trataba de viejos problemas, ellos no habían sido abordados de manera directa en la reunión de Caracas, la cual se enfocó más en la reforma de los servicios y en la protección de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales. Esos asuntos emergentes, de gran impacto social y sanitario, demandaban en ese momento, y aún demandan, respuestas apropiadas del Sector Salud.

Nos referimos a cinco grandes temas:

- La necesidad de atención de salud mental para los grupos vulnerables, como las poblaciones indígenas y las comunidades afectadas por desastres naturales.
- Los trastornos mentales y la problemática psicosocial de la niñez y adolescencia.
- La conducta suicida.
- Los problemas relacionados con el alcohol y/o abuso de sustancias.
- El aumento creciente de las diferentes modalidades de violencia, que exige una participación activa de los servicios de salud mental.



En el año 2006 la unidad técnica pasó a llamarse Salud Mental, Abuso de Sustancias y Rehabilitación, delimitándose de una manera más explícita los temas de trabajo involucrados.

Entre los elementos más importantes del periodo 2006-2009 se destacan los siguientes: Difusión de los Principios de Brasilia, documento programático que marca un ajuste importante en cuanto al enfoque de la reestructuración de los programas y servicios de salud mental en la Región.

Evaluación de los sistemas de salud mental de los países usando la metodología del Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud. Énfasis en el apoyo técnico a los países para que alcancen niveles apropiados de implementación de sus Planes Nacionales de Salud Mental.

Fortalecimiento de la cooperación técnica en el campo de la salud mental de la niñez y adolescencia. En agosto de 2008, en Miami se desarrolló un taller regional sobre el tema, en conjunto con la Agencia Federal para la Administración de los Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias de los Estados Unidos de América.

En enero del 2008 hubo una reestructuración orgánica en la OPS que afectó en alguna medida al Programa de Salud Mental: Las Unidades Técnicas pasaron a conformarse como Proyectos, cuyo nivel de competencia es esencialmente técnico.



Se integró un Proyecto denominado Salud Mental, Discapacidades y Rehabilitación, que incluye además de la salud mental, propiamente dicha, el componente de discapacidad física y mental. El Proyecto quedó bajo una nueva Área de Tecnología, Atención de la Salud e Investigación.

El tema de alcohol y abuso de sustancias se separó de salud mental para integrarse al Proyecto de Tabaco, Alcohol y Abuso de Sustancias, que quedó bajo el Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental.

Es indudable que si evaluamos en una dimensión histórica la evolución de los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe, tomando como punto de referencia la Declaración de Caracas, se pueden observar avances notables en la mayoría de los países. No obstante, aún existe un largo trecho por recorrer.

Actualmente, el Proyecto de Salud Mental (SDE/MH) constituye una unidad técnica de la Organización Panamericana de la Salud, dentro del Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental (SDE) que promueve, coordina e implementa actividades de cooperación técnica dirigidas a fortalecer las capacidades nacionales para desarrollar políticas, planes, programas y servicios, contribuyendo a promover la salud mental, reducir la carga que significan las enfermedades psíquicas, prevenir las discapacidades y desarrollar la rehabilitación.

Hoy por hoy, la mayoría o casi totalidad de los países de América Latina y el Caribe están recibiendo alguna modalidad de cooperación técnica en salud mental por parte de la OPS/OMS, ya sea en proyectos específicos y de manera sistemática o de una forma puntual ante requerimientos concretos de los gobiernos. El proyecto tiene como prioridades:

- Implementación efectiva de políticas, planes y servicios en salud mental.
- Temas específicos: suicidio, salud mental de la infancia y adolescencia, y epilepsia.
- Promoción y defensa de los derechos de las personas con trastornos mentales y discapacidad.
- Desarrollo del recurso humano.
- Mejoramiento de los sistemas de información.
- Fortalecimiento de los niveles rectores y normativos a nivel nacional.
- Fortalecimiento de la cooperación técnica entre países.

2.1.4. Federación Mundial para la Salud Mental

La Federación Mundial para la Salud Mental es una organización internacional fundada en 1948, para promover la prevención de los trastornos mentales y emocionales, el tratamiento y cuidado de las personas con estos trastornos, y la promoción de la salud mental. Cuenta con miembros individuales o institucionales en más de 100 países del mundo. Entre los miembros individuales se encuentran trabajadores de la salud mental de todas las disciplinas, consumidores de servicios de salud mental, miembros de la familia y ciudadanos interesados en la Salud Mental.

La composición amplia y diversa de la organización hace posible la colaboración entre los gobiernos y las organizaciones no gubernamentales para promover la causa de los servicios de salud mental, la investigación y la promoción de políticas en todo el mundo. Anualmente la Federación Mundial de Salud Mental lleva a cabo un congreso donde se tratan temas como la depresión, trastornos de vicios por alcohol y drogas, salud mental de niños y adolescentes y la búsqueda de una forma para reestablecer el equilibrio mental de las personas, en diferentes países que forman parte de ésta; en el año 2013, durante el Congreso celebrado en Argentina, se recibieron charlas para lograr el equilibrio de la salud mental a través de programas de educación y planificación, así como la mejor forma de tratar con trastornos mentales.

2.2. Entidades nacionales

En el caso de Guatemala también cuenta con entidades que tienen como objetivo la protección del derecho a la salud, principalmente a la salud mental.

Éstas han sido creadas tanto por el Estado como por personas individuales o jurídicas privadas y su único objetivo es el estudio de la salud mental en el país para aplicar políticas adecuadas y lograr el desarrollo de la salud mental.

2.2.1. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Creado en el año 1945 con carácter de estructura de gobierno benefactor y reparador de la salud, se le asigna la dirección de hospitales y las cruzadas preventivas, a través de éste, en coordinación interinstitucional, se desarrollan acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de los habitantes del país para asegurar el completo bienestar físico, mental y social de los guatemaltecos.

También garantiza la prestación de servicios a todas las personas, en cumplimiento del deber constitucional del Estado de velar por la salud de forma gratuita a través de tres niveles establecidos en el Acuerdo Gubernativo 115-99 Reglamento Orgánico Interno del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, que en el Artículo 70, establece que son:

- Nivel I: Familia y centro comunitario.
- Nivel II: Centros de salud y hospitales (Departamentales y distritales).
- Nivel III: Hospital especializado de referencia y hospital regional.

La Ley Orgánica del Organismo Ejecutivo, Decreto número 114-97 del Congreso de la República de Guatemala establece en el Artículo 39 que: “El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social corresponde formular las políticas y hacer cumplir el régimen jurídico relativo a la salud preventiva y curativa y a las acciones de protección, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud física y mental de los habitantes del país y a la preservación higiénica del medio ambiente; a la orientación y coordinación de la cooperación técnica y financiera en salud y a velar por el cumplimiento de los tratados y convenios internacionales relacionados con la salud en casos de emergencias por epidemias y desastres naturales; y, dirigir el sistema de capacitación y formación de los recursos humanos del sector salud, para ello tiene a su cargo las siguientes funciones:

- Formular y dar seguimiento a la política y los planes de salud pública y, administrar, descentralizadamente, los programas de promoción, prevención, rehabilitación y recuperación de la salud, propiciando a su vez la participación pública y privada en dichos procesos y nuevas formas de financiamiento y mecanismos de fiscalización social descentralizados.

- Proponer las normas técnicas para la prestación de servicios de salud y coordinar con el Ministerio de Comunicaciones, Infraestructura y Vivienda las propuestas de normas técnicas para la infraestructura del sector.
- Proponer la normativa de saneamiento ambiental y vigilar su aplicación.
- Realizar estudios y proponer las directrices para la ejecución de programas de vigilancia y control epidemiológico.
- Administrar en forma descentralizada el sistema de capacitación y formación de recursos humanos en el sector salud.
- Velar por el cumplimiento de los tratados y convenios internacionales relacionados con la salud en casos de emergencia por epidemias y desastres naturales.

2.2.1.1. Programa Nacional de Salud Mental

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, asumiendo su responsabilidad como rector y regulador de la salud integral y tomando en cuenta las necesidades de salud mental de la población guatemalteca, ha propiciado un proceso de diálogo y construcción participativa que tiene como propósito garantizar que las acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación psicosocial se articulen en un enfoque estratégico en la atención de la salud integral de los diferentes niveles de atención. “El plan está orientado a lograr mejorar la salud mental de la población del país en general, haciendo énfasis en los grupos sociales afectados por inequidades como la violencia, desastres naturales y provocados, adicciones y otros problemas de carácter mental y de la conducta”¹¹.

¹¹Consultado:<http://www.mspas.gob.gt/files/Descargas/ProtecciondeSalud/progrmaSaludMental/Plan%20estrategico.pdf> (12 de enero de 2014)

Este plan surgió en el año 2007 y tiene como objetivo incluir la salud mental a la salud integral en el país, teniendo como meta para el año 2020 que la atención de la salud mental sea tan importante como la salud integral y sea atendida de una mejor forma que la que actualmente se presta.

En dicho plan, se definen las estrategias básicas de salud mental, que deben ser desarrolladas mediante un enfoque de atención primaria de salud mental comunitaria; está orientado hacia la promoción del bienestar integral de la persona, familia y de la comunidad, tomando como punto de partida la cosmovisión de la poblaciones a las que se dirige, comprendiendo y respetando la diversidad étnica, cultural y de género del país. Como parte del plan, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ha establecido lineamientos a seguir para poder incluir dentro de la asistencia a la salud, la salud mental, que es vital para el equilibrio físico y emocional de una personas; estos lineamientos comprende:

- Fortalecer la red de servicios de salud incorporando el componente de salud mental en el marco del modelo integral de la salud, a través de la reorganización progresiva de los recursos de salud mental en la red de servicios de salud según sus competencias; y, actualizar las normas y protocolos de atención de salud mental.
- Desarrollar capacidades técnicas para el abordaje de la salud mental en el país a través del Plan de Capacitación en Salud Mental Nacional y Local.
- Movilizar actores sociales para intervenir sobre los determinantes sociales de la situación de salud mental, que garantice la participación social promoviendo la discusión local en los espacios comunitarios.

- Ejercer la rectoría dentro del sector y fuera de él para articular la formulación y ejecución de una ley marco de salud mental.
- Investigar, vigilar e intervenir sobre procesos epidemiológicos en salud mental y establecer indicadores para el análisis de la situación de la salud mental.

2.2.1.2. Hospital Nacional de Salud Mental Doctor Federico Mora

En un principio no existía en Guatemala, hospitales, ni casas para personas con trastornos mentales, se les veía vagar frecuentemente en las calles. En ese tiempo las autoridades coloniales no se preocupaban por tal fenómeno, de manera que pedían limosna para subsistir.

En principios del siglo XIX, las personas con trastornos mentales que existían eran cuidadas por sus familias en sus respectivas casas, aunque eventualmente se creaban casas para estas personas.

En el año 1819 a todos los oficiales que padecían trastornos mentales se les colocaba durante seis meses para ser observados en un hospital militar y si se les consideraba incurables, se les retiraba.

Con la independencia de Guatemala en el año 1821, no se establecieron cambios en las instituciones de servicios públicos, pero en los años 1837 a 1840 que el país sufría de grandes epidemias se decidió trasladar a los internos fuera del hospital.

Durante el año 1842 se nombra una comisión para que se estudie la posibilidad de fundar un asilo para dementes, dos años después, el jefe político del departamento Antonio Ponce Valdés con instrucciones del gobierno y a solicitud de la junta de caridad dirigió un oficio al ayuntamiento para solicitar ayuda para la creación de tal asilo, pero esta solicitud fue denegada. En vista de esto, el señor Luis Asturias Pavón para que se concretara su creación dona un terreno de su propiedad ubicado en la parte sur del Hospital General San Juan de Dios, mismo que fue construido 20 años después.

En el año 1950 la presencia de enfermos mentales era más observada, así como de pacientes que eran presidiarios, por lo cual se dispuso crear una cárcel denominada la jaula. En el año 1895 se contaba con un total de 100 pacientes, siendo 60 mujeres y 40 hombres y en 1900 se inició el tratamiento médico. En el año 1960 un voraz incendio destruyó las instalaciones del Hospital Psiquiátrico, por lo que los pacientes se trasladaron al instituto de varones y posteriormente a un edificio en construcción del hospital antituberculoso.

En el año 1963 el señor ministro de salud pública y asistencia social invita a profesionales de psiquiatría a participar en la revisión de proyectos que sean adecuados a la necesidad de la población que padece trastornos mentales. Se diseña la creación de una Dirección General de Salud Mental en Guatemala, que se encargue de organizar y dirigir la salud mental del país y concretar la construcción de un hospital con carácter de urgencia.



En 1972 ya reconstruido, el hospital recibe el nombre de Centro Comunitario de Salud Mental y se inicia la capacitación de los empleados con el apoyo de la Oficina Panamericana de la Salud.

En el año 1983 el Hospital Psiquiátrico con 113 años de existencia se une con el Hospital Psiquiátrico tipo granja con 31 años de existencia, como resultado de esta unión, los pacientes han ido en aumento, ingresan y egresan constantemente, iniciando desde la emergencia, consulta externa y pabellones intensivos.

El Hospital ha hecho esfuerzos por mejorar sus modelos de atención y romper con el esquema de manicomios que se ha venido dando, sin embargo estos han sido revertidos haciendo que el sistema hospitalario de salud mental, se mantenga deficiente, ya que las autoridades ministeriales no le dan la atención que requiere.

El Hospital Nacional de Salud Mental es una institución pública y de referencia nacional que se encuentra ubicada en la zona 18 de la ciudad capital, el edificio es un modelo de hospital tipo alemán con un diseño de puertas abiertas, contiene dos pabellones agudos tanto para hombres como para mujeres de 50 camas cada uno, cuatro pabellones de crónicos de hombres y mujeres de 60 camas cada uno y una consulta externa donde se atiende un máximo de 150 a 170 pacientes diariamente. La mayor parte de especialistas en la psiquiatría se encuentran contratados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, quienes están concentrados en la institución, y su trabajo ha sido estrictamente asistencial por el aumento de pacientes.

Existe poco apoyo para programas de atención preventiva o de descentralización de servicios, ya que es el único hospital que atiende trastornos mentales. La descentralización beneficiaría a los usuarios que provengan del interior para poder ser atendidos, ya que el viaje provoca un perjuicio a su patrimonio, pues en su mayoría se atiende a personas de escasos recursos.

2.2.2. Procuraduría de los Derechos Humanos

La figura del Procurador de los Derechos Humanos surge con la Constitución Política de la República promulgada en 1985. El Procurador de los Derechos Humanos es conocido también como Ombudsman, Defensor del Pueblo o Magistrado de Conciencia. Es entonces producto de la llamada apertura democrática que se inició en 1984 con la elección de una Asamblea Nacional Constituyente y que el 31 de mayo de 1985 emitió la Constitución vigente.

En dicha Carta Magna fueron instituidas tres nuevas figuras en nuestro andamiaje institucional: la Corte de Constitucionalidad, el Tribunal Supremo Electoral y el Procurador de los Derechos Humanos. La institución del Defensor del Pueblo comenzó a funcionar oficialmente el 19 de agosto de 1987, siendo su primer Procurador el licenciado Gonzalo Menéndez de la Riva un distinguido profesional del derecho elegido por el Congreso de la República un 13 de agosto de 1987.

Guatemala es el primer país en Latinoamérica que constitucionalizó la figura del Ombudsman, la cual en nuestro caso particular se inspira en el Defensor del Pueblo de España, que fue establecido en 1987.



En el país por actos de corrupción y la impunidad, el Procurador se erige como un indiscutible signo de identidad que posibilita distinguir los Estados democráticos de los totalitarios y autocráticos. En cuanto a salud mental, la Defensoría de la Salud se encarga de velar por el amparo del derecho a la salud y además para la protección de los derechos de las personas con trastornos mentales, la Defensoría de los Derechos de las Personas con Discapacidad, creada por Acuerdo de Secretaría General 47-2003, de fecha 2 de junio del año 2003.

Esta unidad especializada responde a la necesidad de abordar las constantes violaciones de los derechos humanos de estas personas, a través de la educación y promoción, así como la continua supervisión de la administración de los servicios públicos destinados a garantizar el pleno ejercicio de los mismos por parte de esta población, y la incidencia política y social. El acuerdo para su creación y el reglamento institucional de la institución del Procurador de los Derechos Humanos, define las funciones de la Defensoría, descritas a continuación:

- Definir las políticas y estrategias generales de la institución del Procurador de los Derechos Humanos, en relación con las personas con discapacidad. Ello significa estar al tanto y con el debido conocimiento de la legislación nacional, regional e internacional que le afecta directa o indirectamente. Las actuales propuestas y tendencias que se discuten en el ámbito nacional, regional e internacional, existentes para mejorar las condiciones de vida de estas personas.
- Referir las denuncias en los casos de violación de los derechos humanos de las personas con discapacidad a la Dirección de Procuración.

- **Asesorar y dar seguimiento a todos los casos referidos a la Dirección de Procuración o que por indicaciones del señor Procurador se señalen.**
- **Procurar resultados de incidencia legislativa y en las políticas de atención a las personas con discapacidad.**
- **Elaborar un análisis de coyuntura que servirá de base para establecer su política general, sus objetivos, metas y actividades de sus planes de trabajo, sean éstos mensuales, trimestrales y/o anuales.**
- **Diagnosticar periódicamente el estado de la coyuntura en la materia a manera de sugerir al Procurador de los Derechos Humanos los pasos a seguir cuando se comprueben hechos lesivos a los intereses de esta población.**
- **Determinar una política de mediación en conflictos que surjan entre las autoridades que tienen por obligación velar por los derechos humanos de las personas con discapacidad y los afectados directos, cuando éstos así lo soliciten y de manera oficiosa cuando la gravedad de dichos hechos y actos lesionen intereses vitales.**
- **Preparar insumos en materia de educación y promoción en los derechos de la población con discapacidad dirigida a la población en general, en coordinación con la Dirección de Educación, para que les apoye en estas actividades.**
- **Realizar cualquier actividad cuyos objetivos sean la sensibilización de la población en general a fin de lograr el respeto de los intereses y derechos de este colectivo de personas.**
- **Mantener una base de datos y sistematización analítica de la situación con base en los casos manejados en la Defensoría.**

La Defensoría tiene como objetivo general proteger los derechos humanos establecidos en la Constitución Política de la República y la Declaración Universal de los Derechos Humanos, así como los contenidos en los tratados y convenios internacionales sobre la materia, aceptados y ratificados por Guatemala, mediante la supervisión permanente de la Administración Pública y como objetivos específicos:

- Promover el respeto y garantía de los derechos humanos de las personas con discapacidad.
- Impulsar la aprobación de leyes y tratados internacionales que favorezcan la protección, respeto y garantía de los derechos de las personas con discapacidad, así como los mecanismos para su exigibilidad.
- Asesorar en la temática especializada a las instituciones del Estado así como a organizaciones y sectores de la sociedad civil.
- Realizar supervisión y control de la administración pública en instituciones con planes y/o programas dirigidos a las personas con discapacidad.
- Realizar incidencia legislativa y en las instituciones para la aprobación y aplicación de políticas, planes y programas dirigidos a la mejora de las condiciones de vida de las personas con discapacidad.

El Procurador de los Derechos Humanos opinó, después de la visita de la procuradora adjunta Hilda Morales Trujillo el 13 de febrero del 2013: El Hospital Nacional de Salud Mental, principal proveedor de servicios de atención médica para las personas con enfermedades mentales, no contó con suficientes suministros básicos, equipos, condiciones de vida higiénicas ni dotación suficiente de personal profesional.

La ONG Organización Internacional de los Derechos de la Discapacidad y otras ONG expresaron su preocupación con respecto al tratamiento y las condiciones en el Hospital Federico Mora en la Ciudad de Guatemala. “Los informes presentados a la OEA señalaron que tanto menores como adultos se enfrentaron a maltrato y negligencia, carecían de la atención médica necesaria, y fueron objeto de tráfico sexual por los guardias de la policía nacional y pandilleros en la prisión adyacente.”¹²

2.2.3. Liga Guatemalteca de Higiene Mental

La liga nació bajo el auge organizativo impulsado por la revolución del 20 de octubre de 1944, sus promotores fueron los profesionales César Meza, médico y Jaime Barrios Peña, psicólogo, quienes encontraron un ambiente propicio en la recién creada Facultad de Humanidades de la Universidad de San Carlos de Guatemala y la Escuela de Trabajo Social del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

En enero de 1954 aparece el primer boletín de la liga, el cual es visto favorablemente, infortunadamente la invasión mercenaria de junio de 1954, que acabó con el proceso democrático y con organizaciones nacidas a su amparo, obligó a la liga a entrar en un receso que duró hasta principios de 1956.

La orientación inicial de actividades estaba influenciada por el movimiento de salud mental surgido en la post-guerra, que daba mucha importancia a la prevención en la familia y en la escuela y a la humanización de los servicios psiquiátricos.

¹² Consultado en: <http://photos.state.gov/libraries/guatemala/788/pdfs/HRRGuatemala2012sp.pdf> (12 de enero de 2014)



Aunque sus objetivos eran muy amplios al considerar la salud mental con una visión integral, lo que se hace evidente en el posterior desarrollo de sus programas.

El 25 de febrero de 1957 fueron aprobados los estatutos y la personería jurídica de la liga por medio de acuerdo gubernativo. Casi simultáneamente se inicia un período de intensa actividad, que se conecta en numerosas pláticas en escuelas e institutos de enseñanza media y en la publicación de artículos divulgatorios en diferentes periódicos. Esta actividad culminaría con la organización de las “Semanas de Salud Mental”, que se mantendrían con gran éxito hasta 1960.

En 1962 la liga se independiza de la tutela del Centro de Salud Mental y establece su sede. Toda su actividad y participación en congresos y conferencias internacionales llamó la atención de círculos especializados en el mundo, dando lugar a la incorporación a la Federación Mundial para la Salud Mental.

En julio de 1963 se realizó la Primera mesa redonda sobre la Salud Mental en la familia Guatemalteca que acaparó la atención de los medios de comunicación. En el año 1965 a instancias de la liga, fue creada la Dirección General de Salud Mental nombrándose al Dr. Carlos Federico Mora director general, integrando casi la totalidad de su personal.

Actualmente, la liga trabaja a través de seis áreas de intervención, que son:

- o Área de salud mental comunitaria: para la atención de personas con trastornos, principalmente niños, jóvenes y mujeres; para ello, desde los inicios de 1990 se creó el Centro de Salud Mental Comunitaria en la Alameda, Chimaltenango.**

En este centro se permite la participación voluntaria de estudiantes de las universidades de Guatemala, también ha creado convenios de trabajo con la Municipalidad de Guatemala y con cooperación italiana para llevar a cabo programas de salud mental en las zonas siete y tres de la ciudad capital de Guatemala.

- Área de atención clínica: tiene como finalidad brindar atención especializada y profesional para el desarrollo de la salud mental de quienes necesiten de este servicio, la atención es prestada a niños, adolescentes y adultos, en la clínica ubicada en las oficinas centrales de la liga, 12 calle "A" 0-27 zona uno de la ciudad capital en horarios de lunes a viernes de 8:00 a 17:00 horas.
- Tiene aproximadamente 40 años brindando servicio de atención, principalmente entre sectores medios y bajos de la población, ya que sus costos son negociables con los pacientes, debido a que el servicio de atención psicológica en el país es muy costoso.
- Área de comunicación social: esta área tiene como propósito acercar el trabajo de educación y salud a sectores amplios de población, utilizando los medios masivos de comunicación para tener un mayor impacto sobre los temas que la liga trabaja.
- Área de investigaciones: dentro de esta, se han realizado análisis de diversos problemas sociales, principalmente aquellos vinculados a la salud mental de niños y adolescentes. Ha publicado diversos estudios entre los cuales se pueden mencionar: apoyados por UNICEF, Incidencia del suicidio de jóvenes en Guatemala; con apoyo de Save the Children Noruega, Trabajo infantil: arma de dos filos.
- Área de capacitaciones: la liga tiene como objetivo ser un centro de capacitación que contribuya a fortalecer relaciones sociales sanas y constructivas entre las personas de diversos sectores de la población guatemalteca.



Esto con el objetivo de que se promuevan procesos de desarrollo a nivel individual, familiar, escolar, laboral y comunitario; para instruir permanentemente en el área de salud mental a través de talleres interactivos y la educación particular.

- Área de salud mental y violencia: esta área desarrolla el programa Todos por el Reencuentro que tiene una antigüedad de 13 años y tiene como propósito acompañar psicosocialmente a familiares que perdieron a sus hijos durante el conflicto armado interno, lo que incluye el esfuerzo de búsqueda y reencuentro con los que se encuentren vivos.

También se encuentra creado el programa “Mi Territorio sin Violencia”, el cual es una intervención psicosocial para la promoción de un sistema de protección para la niñez, enfocado a este tema.

2.2.4. Asociación Psiquiátrica de Guatemala

La Asociación Psiquiátrica de Guatemala (APsG) nace el 12 de mayo de 1971. Con el objetivo de promover la práctica de la Psiquiatría en general, de sus subespecialidades en condiciones óptimas, en cuanto a ética, conocimiento y técnica, procurando superarlas y enaltecerlas.

Sea en el orden nacional o internacional, es de índole eminentemente científica sin perseguir fines lucrativos.

La APsG forma parte de la Federación Mundial para la Salud Mental y por su trayectoria cuenta con los mejores especialistas del país.



Puede decirse que la Asociación Psiquiátrica coadyuva a la protección de la salud mental de los habitantes del país ya que desde el año 2007 ha puesto en marcha un programa de apoyo social, en el cual prestan servicios psiquiátricos a personas de escasos recursos, sin ánimo de lucro con el objetivo de restablecer la salud mental de la sociedad.

En el plan de apoyo social, las personas son atendidas por especialistas recién egresados de los programas de post-grado del Ministerio de Salud Pública (Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Hospital Nacional de Salud Mental y Centro de Atención Integral y de Salud Mental).

“Según el informe presentado de la actividad recabada del 6 de enero al 14 de diciembre del año 2011, la afluencia de personas ha ido en aumento y los principales problemas tratados son la depresión, esquizofrenia y trastornos bipolares; sin embargo, la atención está centralizada en el departamento de Guatemala, siendo necesario ampliar el servicio al interior del país.”¹³

¹³ Consultado en: <http://asociacionpsiquiatricaguatemala.blogspot.com/p/apoyo-social.html> (14 de enero de 2014)

CAPÍTULO III

3. Regulación legal del derecho a la salud mental

A través de los años, el derecho a la salud mental ha tomado auge y a consecuencia de esto, ha sido regulado en diversos instrumentos que revisten de dicho derecho a las personas que están sometidos a éstos y proponen soluciones para mejorar la atención de dicha área.

3.1. Instrumentos internacionales

Los organismos internacionales han creado varios instrumentos de derechos humanos que incluyen el derecho a la salud mental, algunos, que lo mencionan de manera general y otros que lo regulan más propiamente, éstos son aplicables en el país, debido a que Guatemala es un Estado parte y se encuentra obligado a cumplir con tales preceptos.

Estos instrumentos han sido creados con el objeto de regular los derechos humanos y de esta manera asegurar su efectivo cumplimiento, ya que el fin es la protección de los derechos inherentes a la persona. Se tomarán en consideración los instrumentos más significativos, que son la base para la creación de una ley de salud mental en el país.

Entre los más importantes se pueden mencionar:

- Declaración Universal de los Derechos Humanos, Organización de las Naciones Unidas, 1948.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Organización de las Naciones Unidas, 1966.

- Convención Americana sobre Derechos Humanos, Organización de Estados Americanos, 1969.
- Declaración de Caracas de Salud Mental, Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud, 1990.
- Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Asistencia de la Salud Mental, Organización de las Naciones Unidas, 1991.
- Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las personas con Discapacidad, Organización de Estados Americanos, 1999.

3.1.1. Declaración Universal de los Derechos Humanos, Organización de las Naciones Unidas, 1948

A lo largo de la historia, los conflictos, guerras o levantamientos populares, se han producido a menudo como reacción a un tratamiento inhumano y a la injusticia. Después de la Segunda Guerra Mundial y la creación de las Naciones Unidas, la comunidad internacional se comprometió a no permitir nunca más atrocidades como las sucedidas en ese conflicto y los líderes del mundo decidieron complementar la Carta de las Naciones Unidas con una hoja de ruta para garantizar los derechos de todas las personas en cualquier lugar y en todo momento.

El documento que más tarde pasaría a ser la Declaración Universal de Derechos Humanos, se examinó en el primer período de sesiones de la Asamblea General, en 1946.



La Asamblea revisó ese proyecto de declaración sobre los derechos humanos y las libertades fundamentales y lo transmitió al Consejo Económico y Social para que lo sometiera al análisis de la Comisión de Derechos Humanos y que ésta pudiera preparar una carta internacional de derechos humanos. La Comisión, en su primer período de sesiones, celebrado a principios de 1947, autorizó a sus miembros a formular lo que denominó un anteproyecto de Carta Internacional de Derechos Humanos. Posteriormente, esta labor fue asumida oficialmente por un comité de redacción integrado por miembros de la comisión procedentes de ocho Estados, que fueron elegidos teniendo debidamente en cuenta la distribución geográfica.

La Comisión de Derechos Humanos estaba integrada por 18 miembros de diversas formaciones políticas, culturales y religiosas. Eleanor Roosevelt, la viuda del Presidente estadounidense Franklin D. Roosevelt, presidió el Comité de Redacción de la DUDH. Junto a ella se encontraban René Bassin, de Francia, quien redactó el primer proyecto de la Declaración, el Relator de la Comisión, Charles Malik, del Líbano, el Vicepresidente, Peng Chung Chang, de China, y el Director de la División de Derechos Humanos de Naciones Unidas, John Humphrey, de Canadá, quien preparó la copia de la Declaración.

Pero de todos ellos, Eleanor Roosevelt fue sin duda la gran impulsora de la aprobación de la Declaración. La Comisión se reunió por primera vez en 1947. La versión definitiva redactada por René Cassin fue entregada a la Comisión de Derechos Humanos, que estaba sesionando en Ginebra.

El proyecto de declaración enviado a todos los Estados Miembros de las Naciones Unidas para que formularan observaciones se conoció bajo el nombre de borrador de Ginebra.

El primer proyecto de la declaración se propuso en septiembre de 1948 y más de 50 Estados Miembros participaron en la redacción final. En su Resolución 217 A (III) del 10 de diciembre de 1948, la Asamblea General, reunida en París, aprobó la Declaración Universal de Derechos Humanos. Ocho naciones se abstuvieron de votar, pero ninguna votó en contra.

Este instrumento marcó el desarrollo de los derechos humanos debido a que establece la igualdad entre los seres humanos, sin distinción de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición; estableciendo aspectos que sirvieron para crear o modificar la legislación de los países partes.

En cuanto a la salud, la Declaración Universal de los Derechos Humanos establece en el Artículo 25: "1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.



2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.” Este artículo regula la salud como un bienestar total, como una vida adecuada; como ya se estableció anteriormente, es de los primeros artículos que regulan a la salud como derecho humano, sin embargo la salud mental como tal no fue indicada expresamente.

3.1.2. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Organización de las Naciones Unidas, 1966

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), junto con el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) y la Declaración Universal de Derechos Humanos, conforman la Carta Internacional de Derechos Humanos, que es el pilar de la protección de los derechos humanos dentro de las Naciones Unidas.

Este fue adoptado por medio de la Resolución de la Asamblea General 2200 A (XXI) del 16 de diciembre de 1966, refleja los compromisos adoptados después de la Segunda Guerra Mundial a fin de promover el progreso social y mejores estándares de vida, reafirmando la fe en los derechos humanos y empleando el sistema internacional con ese objetivo.

Dado que constituye un tratado internacional de derechos humanos, crea obligaciones internacionales legalmente vinculantes para los Estados que han aceptado sus estándares.



En diciembre de 2005, 151 Estados eran parte del PIDESC, por lo que se lo puede considerar como un tratado que refleja el consenso mundial sobre los estándares universales de derechos humanos que se aplican al campo económico, social y cultural.

El Preámbulo del Pacto reconoce, entre otros, que los derechos económicos, sociales y culturales derivan de la dignidad inherente a la persona humana y que no puede realizarse el ideal del ser humano libre, liberado del temor y de la miseria, a menos que se creen condiciones que permitan a cada persona gozar de sus derechos económicos, sociales y culturales, tanto como de sus derechos civiles y políticos. Asimismo, los principios generales del Pacto son: (1) la igualdad y la no discriminación respecto del goce de todos los derechos consagrados en el tratado; y (2) los Estados parte tienen la obligación de respetar, proteger y realizar los derechos económicos, sociales y culturales.

En el Artículo 12 del pacto se establece: “Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

- La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
- El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
- La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;



- o La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.”

Con el PIDESC se incluyó dentro de los derechos humanos, el término salud mental; dentro del artículo 12, se indica el derecho de todas las personas a la salud física y a la salud mental, estableciendo mecanismos para asegurarse su cumplimiento.

3.1.3. Convención Americana sobre Derechos Humanos, Organización de Estados Americanos, 1969

En noviembre de 1969 se celebró en San José de Costa Rica la Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos. En ella, los delegados de los Estados miembros de la Organización de los Estados Americanos redactaron la Convención Americana sobre Derechos Humanos, que entró en vigor el 18 de julio de 1978, al haber sido depositado el undécimo instrumento de ratificación por un Estado Miembro de la OEA. A la fecha, veinticinco naciones Americanas han ratificado o se han adherido a la Convención.

Este tratado regional es obligatorio para aquellos Estados que lo ratifiquen o se adhieran a él y representa la culminación de un proceso que se inició a finales de la Segunda Guerra Mundial, cuando las naciones de América^{*} se reunieron en México y decidieron que una declaración sobre derechos humanos debería ser redactada, para que pudiese ser eventualmente adoptada como convención.



Tal declaración, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, fue aprobada por los Estados Miembros de la OEA en Bogotá, Colombia, en mayo de 1948.

Con el fin de salvaguardar los derechos esenciales del hombre en el continente americano, la Convención instrumentó dos órganos competentes para conocer de las violaciones a los derechos humanos: La Comisión Interamericana de Derechos Humanos y la Corte Interamericana de Derechos Humanos. La primera había sido creada en 1959 e inició sus funciones en 1960, cuando el Consejo de la OEA aprobó su Estatuto y eligió sus primeros miembros. Sin embargo, el Tribunal no pudo establecerse y organizarse hasta que entró en vigor la Convención.

El 22 de mayo de 1979 los Estados Partes en la Convención Americana eligieron, durante el Séptimo Período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de la OEA, a los juristas que en su capacidad personal, serían los primeros jueces que compondrían la Corte Interamericana. La primera reunión de la Corte se celebró el 29 y 30 de junio de 1979 en la sede de la OEA en Washington, D.C.

La Convención establece que los derechos esenciales del hombre tienen como fundamento los atributos de la persona humana, razón por la cual justifican una protección internacional, de naturaleza convencional coadyuvante o complementaria de la que ofrece el derecho interno de los Estados americanos.



El Artículo cinco, en su parte conducente establece: “Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral.” Si bien, no se refiere de forma expresa a la salud, se refiere al bienestar de la persona en todo sentido, lo cual incluye salud física y mental.

3.1.4. Declaración de Caracas de Salud Mental, Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud, 1990

En 1990 la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) convocó a distintas organizaciones, autoridades de salud, profesionales de salud mental, profesionales del derecho y usuarios de los sistemas de salud mental a la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina celebrada en Caracas, Venezuela. “En el marco de esta conferencia, el 14 de noviembre de 1990 se adoptó la Declaración de Caracas, en la cual se proponen distintas estrategias para lograr la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina.”¹⁴

Una de las estrategias propuestas por la Declaración de Caracas es la actualización de legislaciones nacionales de tal forma que se asegure el respeto de los derechos humanos de las personas con discapacidades mentales y sus familiares, y se promueva la organización de servicios comunitarios que contribuyan a que estas personas puedan disfrutar de la libertad personal y por consiguiente ejercer sus derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales y otras libertades fundamentales.

¹⁴ Itzak Levav, Helena Restrepo y Carlyle Guerra de Macedo, **La reestructuración del cuidado psiquiátrico en latinoamérica: una nueva política para los servicios de salud mental**. 15 J. Public health and policy, pág. 71



Todo esto en pie de igualdad respecto a otros seres humanos. De igual forma, esta declaración propone desarrollar en los países programas orientados a preservar los derechos humanos de acuerdo a las legislaciones nacionales y de conformidad con los compromisos internacionales respectivos.

Por su parte, el Consejo Directivo de la OPS/OMS, mediante su Resolución CD43.R10 del 27 de septiembre de 2001 y para dar seguimiento a los desarrollos logrados por la Declaración de Caracas en el área de derechos humanos, instó a los Estados Miembros a lo que en su parte conducente estableció: "...desplieguen esfuerzos para crear y actualizar las disposiciones jurídicas que protegen los derechos humanos de las personas con discapacidades mentales..."

Sin embargo, en la Región de las Américas, con anterioridad a la formulación de la Declaración de Caracas, la mayoría de los países no contaban con legislaciones, planes o políticas de salud mental que específicamente se refirieran a los derechos de las personas con discapacidades mentales y sus familiares y a los mecanismos legales disponibles en el derecho internacional y regional de derechos humanos para hacer efectivos estos derechos.

Por este motivo, la OPS consideró que era vital diseminar por medios apropiados y dinámicos los instrumentos internacionales básicos que protegen los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas con trastornos mentales, siguiendo las recomendaciones establecidas por la Declaración de Caracas.



Estos instrumentos, incluida la propia Declaración de Caracas, consagran los estándares mínimos aceptados internacionalmente que salvaguardan los derechos de dichas personas por ser consideradas como un grupo que requiere protección especial debido a su particular condición de vulnerabilidad, impotencia y abandono.

En términos generales, estos documentos internacionales básicos habían tenido una escasa difusión y la OPS/OMS consideró que los mismos se convertirían en una importante guía para las autoridades de salud, organizaciones internacionales, oenegés, profesionales de salud mental, abogados, usuarios, sus familiares y demás personas involucradas en la promoción de la salud mental y en la tarea de elaborar políticas, planes y legislaciones de salud mental que fueran consistentes con las obligaciones estatales en materia de derecho internacional público.

3.1.5. Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Asistencia de la Salud Mental, Organización de las Naciones Unidas, 1991

En diciembre de 1982 la Organización de las Naciones Unidas proclamó el Decenio de las Naciones Unidas para los Impedidos, el cual dio lugar a un sinnúmero de actividades encaminadas a mejorar la situación de los discapacitados.

Se hizo hincapié en la obtención de nuevos recursos financieros, en la mejora de las oportunidades de empleo y educación para los discapacitados y en el fomento de la participación de estos últimos en la vida de sus países y de sus comunidades.

La Subcomisión de Prevención de Discriminaciones y Protección de las Minorías había incluido a las personas con discapacidad en el discurso internacional sobre derechos humanos desde su creación. La Asamblea General hizo suyos los objetivos del Programa Mundial de Acción relacionados con la igualdad de oportunidades para los discapacitados, en ese momento las Naciones Unidas entraron en acción.

La Asamblea General proclamó que las personas con discapacidad tendrían el mismo derecho al empleo que el resto de ciudadanos cualificados y que la propia Organización de Naciones Unidas declarararía la igualdad de acceso al empleo de todas las personas, independientemente del sexo, la religión, el origen y la discapacidad.

En agosto de 1987, al cumplirse la mitad del Decenio de las Naciones Unidas para los Impedidos, se llevó a cabo un examen del mismo en una reunión mundial de expertos celebrada en Estocolmo, Suecia. En ella se insistió en la importancia de reconocer los derechos de las personas con discapacidad después del Decenio, puesto que el ritmo del progreso durante los primeros cinco años no había sido tan rápido como se había previsto en un principio, los expertos acordaron que las cuestiones relativas a la discapacidad deberían tratarse más profundamente y en un contexto interdisciplinario más amplio.

Sería necesario desarrollar una campaña de información y evaluación amplia y bien coordinada, establecer una base de datos sobre la discapacidad y crear programas de cooperación técnica.



El Año Internacional de los Impedidos en 1981, constituyó un acontecimiento decisivo en la larga historia de la lucha de las personas con discapacidad por acabar con la discriminación y la segregación y conseguir la igualdad de derechos. El Programa de Acción Mundial para los Impedidos, fruto del trabajo colectivo de los gobiernos y las organizaciones reconoció que los discapacitados son ante todo ciudadanos, con los derechos y obligaciones que ello conlleva.

Los problemas de las personas con discapacidad no se podían ignorar. Su solución dependía del reconocimiento de los derechos y las necesidades de los discapacitados, del compromiso político para resolver los problemas y de la formulación y aplicación de estrategias eficaces e integradas. Palabras de Margaret Joan Anstee, Directora General de la Oficina de las Naciones Unidas en Viena y Jefa del Centro de Desarrollo Social y Asuntos Humanitarios, en la sesión inaugural de la reunión mundial de expertos celebrada en Estocolmo, Suecia, del 17 al 22 de agosto de 1987.

La publicación en 1989 de las Directrices de Tallinn para el desarrollo de los recursos humanos en la esfera de los impedidos fomentó el reconocimiento de los discapacitados como agentes de su propio destino en vez de como objetos dependientes de los gobiernos. Las directrices, cuyas metas eran la independencia y la plena integración, promovieron entre otros aspectos la educación de las personas con discapacidad dentro del sistema escolar estándar y la enseñanza de las destrezas necesarias para dotar a estas personas de viabilidad económica. Proponen incluir en la formación de los discapacitados habilidades de socialización independiente y de autoayuda que les preparen para llevar una vida autónoma.

Asimismo, animan a los organismos internacionales de desarrollo y a las organizaciones intergubernamentales y regionales a que trabajen de manera conjunta en la formación de los discapacitados con el fin de conseguir un desarrollo óptimo de los recursos humanos.

El 17 de diciembre de 1991 a través de la Resolución número 46/119, la Asamblea General, aprobó los principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental.

Estos 25 principios definen los derechos y las libertades fundamentales. Tratan, entre otros aspectos, el derecho a la vida en la comunidad, la determinación de la enfermedad mental, las provisiones para la admisión en un centro de tratamiento y las condiciones que han de reunir los centros de salud mental.

El 16 de diciembre de 1992, la Asamblea General hizo un llamamiento a los Gobiernos para que observasen el 3 de diciembre de cada año como el Día Internacional de los Impedidos. Asimismo, la Asamblea resumió las metas de las Naciones Unidas en materia de discapacidad y pidió al Secretario General que pasase de la sensibilización a la acción, lo que dotó a la Organización de una función de liderazgo catalizador que permitiría situar los temas relacionados con la discapacidad en los programas de las conferencias mundiales. Dentro de estos principios más importantes se pueden mencionar:

- Principio número 15 y 16, los cuales están relacionados, ya que se refieren a la admisión de una persona con trastorno mental en una institución psiquiátrica para su tratamiento, que son:

Admisión voluntaria: consiste en la el acceso a una institución psiquiátrica cuando el paciente lo solicite y sea necesario. Según este principio la admisión involuntaria deberá evitarse en la medida de lo posible.

Admisión involuntaria: se refiere al internamiento de una persona en una institución psiquiátrica, aunque esta no lo solicite y se cumplan con los siguientes requisitos: a) Que debido a la enfermedad exista grave riesgo para la persona o terceros; b) Que por el hecho de no admitírsele lleve a la persona a un deterioro de su condición o impida un tratamiento adecuado; para lo cual se debe contar con el dictamen de dos profesionales de salud mental. La admisión debe ser controlada y por un período breve determinado por la ley.

- Principio número 17: este principio demanda al Estado a crear un órgano judicial y otro imparcial, establecido en la ley para actuar de conformidad con los procedimientos establecidos en materia de salud mental y deberá velar por el cumplimiento de los principios establecidos así como de las admisiones involuntarias de las personas con trastornos mentales a una institución psiquiátrica.
- Principio número 20: establece lo relacionado a las personas con trastornos mentales que cumplen pena de prisión por la comisión de un delito o que están ligadas a proceso penal y padecen de determinado trastorno.

Señala que tienen derecho a recibir la atención adecuada, al igual que el resto de personas y gozarán de los mismos beneficios, siempre y cuando esto sea posible.

- Principio número 22: en este principio se obliga a los Estados parte a velar por que existan mecanismos adecuados para promover el cumplimiento de los principios establecidos, inspeccionar las instituciones psiquiátricas, presentar, investigar y resolver quejas, así como establecer procedimientos disciplinarios y judiciales apropiados para casos de conducta profesional indebida o de violación de derechos de los pacientes.

Para cumplir con esta obligación, es necesario que el Estado cree una ley de salud mental donde cumpla con este principio.

Estos principios fueron establecidos con el objetivo de mejorar los mecanismos de atención de las personas con enfermedades o trastornos mentales y asegurarse de que tengan una atención digna para que a través de su atención sean rehabilitados y reingresados en la sociedad.

3.1.6. Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las personas con Discapacidad, Organización de Estados Americanos, 1999

En la sesión número 29 de la Organización de Estados americanos, en Guatemala durante el año 1999 se vio la necesidad de crear un instrumento que protegiera a las personas con determinada discapacidad, para asegurarse del cumplimiento de sus derechos como ciudadanos, que formen parte de la sociedad y erradicar totalmente la discriminación que existe hacia las referidas personas.

La convención establece la definición de la discapacidad, señalando que significa una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social.

Para lograr los objetivos de la Convención, los Estados parte se comprometieron a adoptar las medidas de carácter legislativo, social, educativo, laboral o de cualquier otra índole, necesarias para eliminar la discriminación contra las personas con discapacidad.

Fue realizada con el fin de propiciar la plena integración de estas personas en la sociedad, así como medidas para eliminar progresivamente la discriminación y promover la integración por parte de las autoridades gubernamentales y/o entidades privadas en la prestación o suministro de bienes, servicios, instalaciones, programas y actividades; medidas para que los edificios, vehículos e instalaciones que se construyan o fabriquen en sus territorios respectivos faciliten el transporte, la comunicación y el acceso para las personas con discapacidad; medidas para eliminar, en la medida de lo posible, los obstáculos arquitectónicos, de transporte y comunicaciones que existan, con la finalidad de facilitar el acceso y uso para las personas con discapacidad; medidas para asegurar que las personas encargadas de aplicar la convención y la legislación interna sobre esta materia, estén capacitados para hacerlo.

También se comprometieron a crear programas educativos para eliminar la discriminación así como una institución o consejo que se ocupe de cumplir con este objetivo.

3.2. Legislación comparada

La legislación comparada en un estudio de leyes existentes en diferentes países y que podrían coadyuvar al desarrollo de la ley propuesta.

3.2.1. Ley de Salud Mental, Brasil 2001

En el año de 1989, entra en el Congreso Nacional de Bill Sr. Paul Delgado, un proyecto que propone regular los derechos de las personas con trastornos mentales y la eliminación gradual de los hospitales psiquiátricos en el país.

Es el comienzo de las luchas del movimiento de reforma psiquiátrica en los ámbitos legislativos y reglamentarios. Sólo en el año 2001, después de 12 años de discusión y debate en el Congreso, la Ley Federal 10.216 se sanciona en el país por el presidente Fernando Henrique Cardoso.

La aprobación, sin embargo, es un sustituto de la factura original, que trae grandes cambios y mejoras en el texto reglamentario.

Así, la ley se redirige a la asistencia en salud mental, en especial al ofrecer tratamiento en los servicios basados en la comunidad, se prevé la protección y los derechos de las personas con trastornos mentales, pero no establece mecanismos claros para la extinción gradual de los manicomios.

Los aspectos más importantes que regula la ley son los derechos de las personas con padecimientos mentales, entre los cuales se puede mencionar:

- Que tengan acceso al mejor tratamiento del sistema de salud, de acuerdo con sus necesidades;
- Ser tratado con humanidad y respeto, y exclusivamente en interés de beneficiar a su salud con el fin de lograr su recuperación mediante la inserción en la familia, en el trabajo y en la comunidad;
- A la protección contra toda forma de abuso y explotación;
- A la presencia médica en cualquier momento, para aclarar la necesidad de su hospitalización involuntaria;
- A ser tratado en un ambiente terapéutico por los menos intrusivos medios posibles y a ser tratado preferentemente en los servicios de salud mental de la comunidad.

En cuanto a la hospitalización, se consideran los siguientes tipos de la hospitalización:

- Hospitalización voluntaria: la que se lleva a cabo con el consentimiento del usuario;
- Hospitalización involuntaria: la que se produce sin el consentimiento del usuario y, a petición de un tercero, y
- Hospitalización obligatoria: uno determinado por los tribunales.

La hospitalización voluntaria o involuntaria sólo será autorizada por un médico debidamente registrado ante el Consejo Regional de Medicina.

Es importante señalar que la Junta Nacional de Salud, como parte de su trabajo, ha de crear comités nacionales para supervisar la aplicación de la ley. "La promulgación de la ley impone un nuevo impulso y nuevo ritmo al proceso de reforma psiquiátrica en Brasil.



Es en ese contexto y la finalización de la Tercera Conferencia Nacional de Salud Mental en el segundo semestre de 2001, la política de salud mental del gobierno federal, de acuerdo con los lineamientos de la Reforma Psiquiátrica, se consolidó, obteniendo una mayor apoyo y visibilidad.”¹⁵

3.2.2. Ley Nacional de Salud Mental, Argentina 2010

La ley de salud mental es la primera normativa del país de Argentina, a pesar de esto, “con anterioridad existían siete leyes provinciales y una ley correspondiente a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que apuntan a la protección de los derechos de las personas con padecimientos mentales. Estas coinciden en el espíritu general que las sustenta y difieren en aspectos formales.”¹⁶ Con la ley Nacional de Salud Mental, se unifican los criterios manejados por las distintas provincias y se sientan las bases para un sistema de salud mental articulado, que posibilite una atención igualitaria a todo ciudadano argentino. Entre las principales innovaciones, se encuentran:

- El énfasis en la interdisciplina, la cual debe caracterizar las prácticas de los equipos. Se equipara a los miembros de los mismos en relación a la toma de decisiones y a la posibilidad de ocupar cargos de gestión y dirección de servicios. Incluso los tratamientos farmacológicos se prevén en el marco de abordajes interdisciplinarios.
- La orientación comunitaria, el trabajo intersectorial y el requerimiento de autorización para la atención de los pacientes.
- La prohibición de construir más centros psiquiátricos con el objetivo de eliminar el sistema manicomial que existe.

¹⁵ Consultado en: [http://pt.wikipedia.org/wiki/Lei_n%C2%BA_10.216_\(6_de_abril_de_2001\)](http://pt.wikipedia.org/wiki/Lei_n%C2%BA_10.216_(6_de_abril_de_2001)) (19 de enero de 2014)

¹⁶ Hermosilla, Ana María. **Psencia revista latinoamericana de ciencia psicológica**. vol. IV. Pág. 137.



- Disposiciones en relación a las internaciones. Siguiendo lo estipulado en las leyes provinciales, las internaciones se convierten en el último recurso terapéutico, de carácter restrictivo. Por lo tanto, el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario.
- La creación en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa, un órgano revisor, con el objeto de proteger los derechos humanos de los usuarios del servicio y ser el encargado de controlar el cumplimiento y la adecuación de las prácticas a la ley.

3.2.3. Ley de Salud Mental del Distrito Federal, México 2011

La ley fue puesta en marcha en Febrero de 2011, debido a un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud, que hace una crítica del sistema de salud mental en el país, ya que durante años ha sido menospreciada por el Estado y las instituciones de salud.

Esta ley tiene por objeto regular las bases y modalidades, para garantizar el acceso a los servicios de salud mental del Distrito Federal, con un enfoque de derechos humanos e incorporando la perspectiva de género; establecer los mecanismos adecuados para la promoción, prevención, evaluación, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y fomento de la salud mental en instituciones de salud pública del Distrito Federal, así como para personas físicas o morales de los sectores social y privado, que coadyuven en la prestación de servicios en los términos y modalidades establecidas en la ley; definir los mecanismos y lineamientos para promover la participación de la población, en el desarrollo de los programas de salud mental del Distrito Federal, entre otras.

La ley regula principalmente lo siguiente:

- **Establece la necesidad de crear un Consejo de Salud Mental en el Distrito Federal que se encargue de velar por el cumplimiento de la ley así como de un órgano administrativo que se vigile que se lleven a cabo los mecanismos de atención psiquiátrica de manera correcta.**
- **La creación de una Secretaría que realice programas de salud mental, conforme a la ley general de salud y la ley de salud mental, con enfoque en derechos humanos y que implemente un sistema educativo de instrucción a los habitantes para eliminar la discriminación de las personas con trastornos mentales.**
- **En cuanto al internamiento establece que debe evitarse siempre que sea posible y el involuntario deberá ser autorizado por la secretaría con el informe del médico.**
- **El Estado deberá proporcionar el capital necesario para mantener el sistema de salud mental implementado y el presupuesto lo administrará la secretaría de Salud Mental del Distrito Federal.**
- **De los artículos más importantes lo es el que establece sanciones al momento de violarse las disposiciones de la ley y los derechos de las personas con trastornos mentales a través de la Agencia de Protección Sanitaria del Distrito Federal.**

Es importante que se haya dado este primer paso, de darle la importancia que todas las personas que soliciten un servicio de atención psicológica merecen, profesionales éticos y con los conocimientos necesarios para que reciban un trato digno.

Esta ley es el inicio de una serie de cambios que se realizarán en la salud mental de México.

3.2.4. Ley de Salud Mental, Colombia 2013

El 21 de enero del año 2013 tuvo sanción presidencial la denominada “Ley Esperanza”, que oficialmente se convirtió en ley de la república de Colombia 1616 de 2013 y que reglamenta el derecho de los ciudadanos a recibir la atención especializada e interdisciplinaria y los tratamientos con la mejor evidencia científica de acuerdo con los avances científicos en salud mental.

Con la ley se intenta quitar la estigmatización del antes llamado loco y devolverle su estatus de ser humano, ya que solamente padece una dolencia que le puede ocurrir a cualquiera, afirma Pedro Rubio asesor de la representante y uno de quienes contribuyeron en la investigación que dio pie a la ponencia que hoy es ley declarada.

Con esta ley a partir del lunes 21 de enero de 2013 cualquier ciudadano puede solicitar estos servicios a su empresa prestadora de salud:

- Atención Ambulatoria.
- Atención Domiciliaria.
- Atención Pre hospitalaria.
- Centro de Atención en Drogadicción y Servicios de Farmacodependencia.
- Centro de Salud Mental Comunitario.
- Grupos de Apoyo de Pacientes y Familias.
- Hospital de Día para Adultos.
- Hospital de Día para Niños y Adolescentes.
- Rehabilitación Basada en la Comunidad.
- Unidades de Salud Mental.



- **Urgencia de Psiquiatría.**

El propósito de la ley es que cualquier ciudadano que padezca de un trastorno mental disponga de todo un proceso interdisciplinario, la cantidad de sesiones y técnicas requeridas para controlar y superar su dolencia.

Otro de los puntos muy importantes es la prevención de dolencias de este tipo mediante la promoción de hábitos que garanticen salud mental.

En este orden de ideas las problemáticas a tratar que más tendrán preponderancia son el matoneo escolar, el acoso laboral y la prevención del suicidio.

Así mismo la ley establece la siguiente enunciación de Derechos:

- **Derecho a recibir atención integral e integrada y humanizada por el equipo humano y los servicios especializados en salud mental.**
- **Derecho a recibir la atención especializada e interdisciplinaria y los tratamientos con la mejor evidencia científica de acuerdo con los avances científicos en salud mental.**
- **Derecho a que las intervenciones sean las menos restrictivas de las libertades individuales de acuerdo a la ley vigente.**
- **Derecho a tener un proceso psicoterapéutico, con los tiempos y sesiones necesarias para asegurar un trato digno para obtener resultados en términos de cambio, bienestar y calidad de vida.**
- **Derecho a recibir psico-educación a nivel individual y familiar sobre su trastorno mental y las formas de autocuidado.**



- Derecho a ejercer sus derechos civiles y, en caso de incapacidad, que su incapacidad para ejercer estos derechos sea determinada por un juez de conformidad con la Ley 1306 de 2009 y demás legislación vigente.
- Derecho a no ser discriminado o estigmatizado, por su condición de persona sujeto de atención en salud mental.
- Derecho a acceder y mantener el vínculo con el sistema educativo y el empleo, y no ser excluido por causa de su trastorno mental.
- Derecho a recibir el medicamento que requiera siempre con fines terapéuticos o diagnósticos.
- Derecho a no ser sometido a ensayos clínicos ni tratamientos experimentales sin su consentimiento informado.
- Derecho al Reintegro a su familia y comunidad.

Por ser una ley de reciente promulgación se tiene como meta que durante el año 2014 sea integrada progresivamente en el régimen de salud mental en dicho país.

3.3. Legislación nacional

En Guatemala, existen pocas normas que regulan el derecho a la salud mental y ninguna que lo regule propiamente, sin embargo, se menciona de forma muy general en algunas leyes, las cuales han sido la base para la protección del derecho a la salud mental. Por esto se puede entender el porqué de la poca atención y de los incesantes abusos hacia quienes padecen de trastornos mentales. A continuación se desarrollan las leyes de Guatemala que regulan taxativamente la salud mental como derecho humano.



3.3.1. Constitución Política de la República de Guatemala de 1986

La Constitución Política de la República de Guatemala es la ley suprema del país y se encuentra jerárquicamente sobre cualquier otra ley, en esta se encuentran regulados todos los derechos y garantías que gozan los habitantes del país así como la organización y funciones del Estado.

El derecho a la salud surge en Guatemala, como anteriormente se mencionó, en la Constitución Política de la República de Guatemala del año 1945, estableciendo que el Estado debe velar por la salud física, mental y moral de la infancia, creando los institutos y dependencias necesarias y adecuadas, mientras en la Constitución Política de la República de Guatemala de 1956, se establece que el Estado de Guatemala debe velar la igualdad de los seres humanos y la dará protección especial a las personas que por sus condiciones físicas o mentales se encuentran en posición de notoria desventaja.

Dentro de esas personas podemos incluir a quienes padecen de trastornos mentales y que por dichos padecimientos han sido separados de la sociedad; posteriormente en la Constitución Política de la República de Guatemala del año 1965 no existe ningún cambio radical a lo previamente establecido en las anteriores.

La Constitución Política de la República de Guatemala vigente actualmente, es la del año 1985, en esta constitución se amplía el derecho a la salud y a la salud mental, ya que se dedica una sección completa al derecho a la salud, en dónde se establece que ésta es un bien público y que velará por su conservación sin discriminación alguna.



El Artículo que protege a las personas con trastornos mentales es el Artículo 53, el cual establece la obligación del Estado de garantizar la protección de los minusválidos y de las personas que adolecen de limitaciones físicas, psíquicas o sensoriales para asegurar su rehabilitación y reincorporación a la sociedad. Con este Artículo, se abren las puertas al sistema de salud mental en el país y no sólo de salud mental, sino de todas esas personas que por padecer de alguna discapacidad han sido marginados por los demás habitantes.

3.3.2. Decreto 90-97 del Congreso de la República de Guatemala, Código de Salud

El Código de Salud es la ley ordinaria del país que regula lo relativo al sistema de salud, estableciendo que todos los habitantes de la república tienen derecho a la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de su salud, sin discriminación alguna; también regula las políticas de salud, así como el órgano competente para dicha administración.

El Artículo 2 define a la salud como: “un producto social resultante de la interacción entre el nivel de desarrollo del país, las condiciones de vida de las poblaciones y la participación social, a nivel individual y colectivo, a fin de procurar a los habitantes del país el más completo bienestar físico, mental y social.”

Esta definición encuadra con la definición que maneja la Organización Mundial de la Salud de la que Guatemala es parte: la salud como un bienestar completo, en todo sentido.

El Artículo 4 desarrolla con más amplitud la obligación del Estado de velar por la salud de los habitantes, estableciendo principios a seguir dentro del sistema de salud como la equidad, solidaridad y subsidiaridad; también establece que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social deberá coordinarse con instituciones estatales centralizadas, descentralizadas y autónomas, comunidades organizadas y privadas para promover acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, así como las complementarias pertinentes, a fin de procurar a los guatemaltecos el más completo bienestar físico, mental y social; y, garantizar la prestación de servicios gratuitos a aquellas personas y sus familias, cuyo ingreso personal no les permita costear parte o la totalidad de los servicios de salud prestados.

La administración de acciones de salud se encuentra a cargo del Sector Salud el cual comprende organismos e instituciones públicas centralizadas y descentralizadas, autónomas, semiautónomas, municipalidades, instituciones privadas, organizaciones no gubernamentales y comunitarias, incluyendo los que se dediquen a la investigación, la educación, la formación y la capacitación del recurso humano en materia de salud y la educación en salud a nivel de la comunidad. Las instituciones que conforman el sector tienen las funciones y responsabilidades siguientes:

- o El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, tiene a su cargo la rectoría como la conducción, regulación, vigilancia, coordinación y evaluación de las acciones e instituciones de salud a nivel nacional. Formular, organizar, dirigir la ejecución de las políticas, planes, programas y proyectos para la entrega de servicios de salud a la población.**

- El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en lo que respecta a las acciones de Salud que desarrolla dentro del régimen de seguridad social del país, según sus leyes y reglamentos propios. En coordinación con el Ministerio de Salud en lo atinente a salud, realizará programas de prevención y recuperación de la salud, incluyendo atención de accidentes.
- Las municipalidades, acorde con sus atribuciones en coordinación con las otras instituciones del Sector, participarán en la administración parcial o total de la prestación de programas y de servicios de salud en sus respectivas jurisdicciones.
- Las universidades y otras instituciones formadoras de recursos humanos, promoverán en forma coordinada con los Organismos del Estado e instituciones del Sector, la investigación en materia de salud, la formación y capacitación de recursos humanos en los niveles profesionales y técnicos.
- Las entidades privadas, organizaciones no gubernamentales, organizaciones comunitarias y agencias de cooperación de acuerdo a sus objetivos, participarán en forma coordinada con las otras instituciones del Sector, en la solución de los problemas de salud a través de la ejecución de programas y la prestación de servicios, mejoras del ambiente y desarrollo integral de las comunidades, de acuerdo a las políticas, los reglamentos y normas que para tal fin establezca el Ministerio de Salud.
- Los Colegios Profesionales relacionados con la salud en lo que respecta a la regulación del ejercicio profesional.

El Ministerio de Salud, para cumplir con sus funciones de coordinación realizará las siguientes acciones:



- **Coordinación Ministerio de Salud-Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.** El Ministerio de Salud y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social coordinarán sus planes, programas de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, así como la utilización de sus recursos humanos, físicos y de equipo con el fin de lograr la ampliación de cobertura de los servicios de salud, ser eficientes, eficaces y evitar la duplicidad de servicios, infraestructura y gastos.
- **Coordinación intra e intersectorial para cumplir con la función de coordinación dentro del sector y con los otros sectores, suscribirá acuerdos y convenios, tanto a nivel nacional como local, así como con organismos internacionales.**

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social será auxiliado por el Consejo Nacional de Salud, un órgano creado con el objetivo de promover mecanismos de coordinación entre las instituciones que conforman el Sector Salud y dar asesoría en la formulación y evaluación de políticas y estrategias en el desarrollo de planes nacionales de salud de carácter sectorial e institucional.

Para velar por la salud de los habitantes, se establecieron dos formas de actuar: Acciones de promoción de salud, que son todas aquellas acciones orientadas a fomentar el normal desarrollo físico, mental y social del individuo, la familia, la comunidad, así como la preservación de ambientes saludables, las cuales serán ejecutadas por el Estado, instituciones del Sector y la propia comunidad; y, acciones de prevención de la salud, que son aquellas acciones realizadas por el Sector y otros sectores, dirigidas al control y erradicación de las enfermedades que afectan a la población del país.



En el tema de salud mental, el código únicamente establece en el Artículo 40: “El Ministerio de Salud y las demás instituciones del Sector dentro de su ámbito de competencia, velarán por la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud mental, a nivel del individuo, la familia y la sociedad, a través de la red comunitaria e institucional, dentro del marco de atención primaria de salud y privilegiando los enfoques de atención ambulatoria.”

Con este artículo, el Estado, a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social se obliga a la protección de la salud mental, su prevención y rehabilitación, conforme a las políticas de promoción y prevención establecidas de en el código, como se puede observar, se da privilegio a la atención ambulatoria, lo cual demuestra la intención del Estado de eliminar el sistema manicomial; sin embargo, es necesario desarrollar con más amplitud lo relacionado a la salud mental, para que sea respetado y se le tome la atención que merece tanto por parte del Sector Salud como de la sociedad.





CAPÍTULO IV

4. Bases para la elaboración de la ley que regule la protección del derecho a salud mental, los derechos de las personas que padecen de trastornos mentales y los de pacientes internados en el Hospital Nacional de Salud Mental Doctor Federico Mora

En este capítulo, se especifican los aspectos a tomar en cuenta para la creación de la ley de salud mental en Guatemala, las acciones que deben llevarse a cabo antes de la emisión, durante y después de ésta, así como los obstáculos que pueden suscitarse y la forma para poder superarlos.

4.1. Actividades preliminares para la creación de la ley

Antes de que comience el proceso de redacción y posterior aprobación de la legislación, se deben llevar a cabo una serie de actividades que pueden resultar muy útiles a la hora de formular sus contenidos.

Para esto, deben individualizarse diversas actividades que coadyuven a la creación de la norma. Pueden realizarse acciones como:

- Identificar los principales trastornos mentales y los obstáculos a la puesta en práctica de la política y programas de salud mental.
- Recopilar las leyes existentes sobre salud mental y/o las leyes de carácter general que traten aspectos relativos a la salud mental y buscar aquellos aspectos legales que sean insuficientes, inexistentes o que precisen ser reformulados.

Estudiar los estándares y acuerdos internacionales relativos a los derechos humanos y la salud mental e identificar aquellos que hayan sido ratificados por el país.

- **Estudiar los componentes de la legislación sobre salud mental de otros países, en particular de aquellos que tengan una historia social y cultural similar al país.**
- **Iniciar los procesos de consulta y negociación sobre los cambios a efectuar.**
- **En la mayoría de los países, los profesionales responsables de salud mental en los ministerios de salud deberán tomar la responsabilidad de llevar a cabo estas actividades preliminares.**

4.1.1. Identificación de los principales trastornos mentales y de los obstáculos

A la puesta en práctica de las políticas y programas de salud mental, el primer paso consiste en obtener información fiable sobre los trastornos mentales en todo el país y también sobre las distintas variaciones entre regiones y grupos de población. Estos datos se recogen habitualmente durante el desarrollo de los planes y las políticas nacionales sobre salud mental. A través de este proceso, los datos estarán disponibles para aquellos que estén trabajando en la legislación sobre salud mental.

También es importante conocer bien los obstáculos a la puesta en práctica de los programas y las políticas sobre salud mental.

La legislación puede utilizarse para superar o romper algunos de esos obstáculos, en especial aquellos que tengan que ver con la accesibilidad y la equidad.

A continuación se muestran algunos de los obstáculos que pueden superarse gracias a esfuerzos legislativos y una indicación sobre áreas prioritarias a desarrollar en la legislación.

Principales obstáculos al desarrollo de los programas y las políticas sobre salud mental que la legislación puede ayudar a superar:

- Puede haber carencias de servicios de salud mental en ciertas áreas o en todo el país.
- El coste de los servicios de atención de salud mental puede ser demasiado elevado para mucha gente y los seguros de salud pueden incluir sólo una cobertura parcial de los tratamientos psiquiátricos, o ninguna.
- La calidad de los cuidados y las condiciones de vida en los hospitales psiquiátricos pueden ser bajas y esto puede conducir a situaciones de violación de los derechos humanos.
- Las normativas y controles relacionados con los ingresos involuntarios y los tratamientos son generalmente muy deficientes, y esto se asocia con frecuencia a una pérdida de libertad del individuo.
- El estigma y la discriminación asociados a los trastornos mentales tienen un impacto negativo en el acceso a los servicios y en la integración social de las personas que sufren tales trastornos.
- Las personas con trastornos mentales pueden ver negados sus derechos básicos referentes a asuntos civiles, participación social, expresión cultural, participación en elecciones, libertad de opinión, vivienda, empleo, educación y otras áreas.

- Algunas condiciones sociales o prácticas culturales pueden dañar la salud mental de ciertos grupos de población.
- Puede existir una falta de recursos para programas de salud mental en escuelas y lugares de trabajo.

4.1.2. Recopilación de la legislación existente relativa a salud mental y estudio de los tratados y estándares internacionales

Esta tarea consiste en estudiar la legislación existente sobre salud mental y los componentes en las leyes generales que tienen relación con las personas con trastornos mentales. Una revisión sistemática y crítica ayudará a identificar lagunas y problemas que la nueva legislación deberá tratar. Esta revisión podría revelar que la legislación existente no incluye disposiciones para asegurar una calidad adecuada de los cuidados ni para proteger los derechos de los enfermos mentales.

Los países que han firmado tratados internacionales sobre derechos humanos están obligados a respetar, proteger y cumplir los derechos establecidos en dichos tratados. Entre los más importantes destacan; la Declaración Internacional de Derechos, en la que se incluyen la Declaración de los Derechos Humanos de la ONU, el Convenio Internacional sobre Derechos Políticos y Civiles y el Convenio Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Es importante que se revisen estos documentos exhaustivamente cuando se está preparando la legislación sobre salud mental. También hay acuerdos internacionales de estándares sobre buenas prácticas que no son legalmente vinculantes.



Estos incluyen los Principios para la Protección de las Personas con Enfermedades Mentales y para la Mejora de los Servicios de Salud Mental, las Normas Estándar para la Igualdad de Oportunidades de las Personas con Minusvalías, la Declaración de Caracas (OPS), la Declaración de Madrid (WPA) y otros estándares como la “Ley sobre cuidados de Salud Mental: diez principios básicos”, de la Organización Mundial de la Salud.

En la región de las Américas existe un conjunto de instrumentos que proporciona protección de los derechos humanos de todas las personas, incluidas aquellas con trastornos mentales.

Existen varios convenios sobre derechos humanos, estos instrumentos incluyen la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, el Tratado Americano sobre los Derechos Humanos, el Protocolo Adicional al Tratado Americano sobre los Derechos Humanos en las áreas de los derechos económicos, sociales y culturales, y el Tratado Interamericano para la Eliminación de toda Forma de Discriminación contra las Personas con Minusvalías.

Organizaciones y agencias internacionales han intentado orientar las legislaciones nacionales sobre salud mental desarrollando estándares y directrices para proteger los derechos de las personas con trastornos mentales. Aunque estas directrices no son obligatorias, representan la opinión internacional sobre los componentes esenciales de la legislación sobre salud mental.

4.1.3. Revisión de la legislación sobre salud mental en otros países

La revisión de las legislaciones relativas a salud mental en otros países ofrece una buena idea de los componentes que se incluyen habitualmente en éstas. Un análisis puede identificar componentes útiles que protegen los derechos humanos así como disposiciones que los violan o limitan de alguna manera y que por lo tanto deben evitarse en la legislación propuesta. La revisión debe también examinar de manera crítica hasta qué punto puede la legislación mejorar la situación de las personas con trastornos mentales en los países afectados. Deben identificarse las razones del fracaso.

4.2. Componentes Claves para la Formulación

Se deben discutir las áreas clave que deberían incluirse en la legislación sobre salud mental. Para tener una idea, la ley se debe basar en los Principios para la Protección de las Personas con Enfermedades Mentales y para la Mejora de la Atención de Salud Mental y las Directrices para la promoción de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales (Organización Mundial de la Salud, 1996).

La Legislación orientada a la protección de los derechos de las personas con trastornos mentales no debería verse restringida a los temas de salud mental, ni siquiera de la salud en general.

Existen otras áreas de interés que no están relacionadas directamente con la salud, pero que son de enorme importancia, como el empleo, la educación y la vivienda.

En el país, se debe formular una legislación integral que cubra todos los temas de relevancia para las personas con trastornos mentales. Estas áreas son vitales para el bienestar de las personas con trastornos mentales y por lo tanto precisan de una adecuada atención legislativa.

También son importantes en la promoción de la salud mental y la prevención de trastornos mentales.

4.2.1. Condiciones fundamentales para la legislación sobre salud mental

Para poder crear la ley de salud mental deben tomarse en cuenta diversas condiciones que serán vitales para su validez y deberán tomar aspectos puntualizados para dar una eficiente protección a la salud mental, principalmente a quienes padecen trastornos mentales.

4.2.1.1. El principio de la alternativa menos restrictiva

Todas las personas con trastornos mentales deberían recibir atención comunitaria excepto en circunstancias excepcionales, es decir, si existe riesgo de que el paciente provoque daños a otros o de autoagresión o si el tratamiento sólo puede ser administrado en una institución.

Si el ingreso o el tratamiento institucional son necesarios, la legislación debería favorecer el ingreso voluntario. La ley debe permitir el ingreso y tratamiento involuntarios sólo en circunstancias excepcionales. Si se acaba produciendo un ingreso involuntario, deben existir procedimientos para proteger los derechos de los pacientes.



En concreto, se deben cumplir una serie de criterios antes de que el ingreso o tratamiento involuntarios se llevasen a cabo. En primer lugar, un grupo de profesionales de salud mental debidamente cualificados con autorización legal deben determinar que el paciente sufre un trastorno mental. En segundo lugar, deben estar convencidos de que este trastorno mental presenta una alta probabilidad de que se produzcan daños inmediatos o inminentes al paciente o a otras personas, o, en el caso de las personas cuyo trastorno mental es severo y su capacidad de raciocinio está deteriorada, de que no ingresarlas puede ocasionar un serio deterioro de su estado o a la no administración del tratamiento pertinente que podría ser proporcionado exclusivamente en una institución psiquiátrica.

En Guatemala, que es un país en donde la atención comunitaria es mínima, o no está disponible, los esfuerzos y recursos deben orientarse a crearla y reforzarla para así proporcionar el mayor número posible de alternativas al ingreso.

4.2.1.2. Confidencialidad

Deberán existir normas legislativas que aseguren que toda la información y documentos acerca de los trastornos mentales de una persona se tratarán de manera confidencial.

La ley debe prohibir explícitamente la divulgación, inspección o transmisión de los documentos de salud mental del paciente sin su consentimiento y/o el de su representante o tutor legal.



De manera similar, la legislación debería exigir que los profesionales obtengan el consentimiento del paciente antes de divulgar cualquier tipo de información no escrita obtenida durante la evaluación y tratamiento de trastornos mentales.

También es importante tener en cuenta las necesidades de los cuidadores y de las familias. Deberán tener a su disposición la información adecuada y apropiada para que así ellos puedan proporcionar los cuidados necesarios a pacientes que viven en el hogar. La legislación debe luchar por lograr el equilibrio entre el principio de confidencialidad y la necesidad de información que precisan los cuidadores y familiares para poder atender a los pacientes de manera apropiada.

Existen, no obstante, excepciones poco comunes y específicas al principio de confidencialidad. Por ejemplo, un profesional puede decidir romper la confidencialidad si existe un riesgo inminente de que el paciente u otras personas sufran daños. Además, en un proceso penal, el tribunal puede solicitar a los profesionales que revelen información y/o documentos sobre trastornos mentales.

Se debe describir claramente las circunstancias en las que se puede romper la confidencialidad e incorporar garantías adecuadas contra el abuso y el uso indebido de esta disposición.

4.2.1.3. Consentimiento informado

El principio del consentimiento libre e informado es la piedra angular del tratamiento de los trastornos mentales y debe por tanto incluirse en la legislación sobre salud mental.



El punto clave en lo que respecta al consentimiento del tratamiento está en determinar la competencia del paciente para dar dicho consentimiento. El derecho a dar el consentimiento del tratamiento va acompañado del derecho a rechazarlo. Si un paciente es valorado como capaz de dar su consentimiento, su rechazo al tratamiento debe ser respetado también.

Para que sea válido, el consentimiento debe satisfacer los siguientes criterios y directrices para los principios:

- La persona/paciente que da el consentimiento debe ser valorada como competente y capaz de dar consentimiento.**
- El consentimiento debe darse voluntariamente, sin amenazas o presiones inadecuadas.**
- Debe haber una información adecuada sobre el objetivo, método, duración estimada y beneficios previstos del tratamiento propuesto.**
- Se debe plantear al paciente de manera adecuada la posibilidad de sufrir dolor o incomodidad, los riesgos y posibles efectos secundarios del tratamiento propuesto.**
- Deben ofrecerse alternativas. Debe ofrecérsele al paciente la posibilidad de métodos alternativos de tratamiento, especialmente aquellos de carácter menos restrictivo.**
- La información pertinente debe proporcionarse con un lenguaje claro y de forma llana para que el paciente la pueda comprender.**
- El paciente debe tener el derecho a rechazar o finalizar el tratamiento.**
- Se debe explicar al paciente las consecuencias de rechazar el tratamiento.**



En situaciones excepcionales, la legislación puede permitir el tratamiento sin contar con el consentimiento informado. Esto puede ocurrir si, por ejemplo, una persona sufre un trastorno mental severo y se encuentra que dicha persona carece de competencia (capacidad), entonces es posible que el tratamiento alivie su trastorno, o si existe la probabilidad de un deterioro progresivo del estado del paciente en el caso de que no se le administre tratamiento.

La legislación no debe permitir la participación en investigaciones clínicas o experimentales sin consentimiento informado, que debe obtenerse de todos los pacientes, independientemente de que hayan ingresado de manera voluntaria o involuntaria. El Código Civil de Guatemala utiliza la edad de 18 años para determinar la capacidad de una persona, este criterio es considerado único para determinar el derecho de los menores a dar o rehusar el consentimiento. No obstante, hay un número significativo de menores, en especial adolescentes, que pueden considerarse lo bastante maduros y comprensivos para dar o rehusar su consentimiento. Deben existir disposiciones en la legislación para alentar a los profesionales a tener en cuenta las opiniones de los menores en lo que respecta al consentimiento dependiendo de su edad y madurez.

4.2.1.4. Ingreso voluntario e involuntario

La ley deber fomentar el ingreso voluntario y, en situaciones excepcionales, el ingreso involuntario. Donde hay disponibilidad para llevar a cabo ingresos involuntarios, esto sólo debería ocurrir en circunstancias muy específicas y de acuerdo con la ley.

Las ideas erróneas que tiene la opinión pública sobre la peligrosidad de las personas con trastornos mentales generan un énfasis indebido en proteger a la sociedad del riesgo de violencia y de otros daños.

La ley debe servir para equilibrar la balanza: por un lado está el derecho del individuo a la autodeterminación y la responsabilidad personal, y por otro lado está la capacidad del Estado para promover la seguridad y el bienestar del individuo y de la comunidad en general. Según lo anterior, la clave está en establecer las circunstancias en las que el ingreso involuntario se consideraría apropiado y determinar el procedimiento para apelar al poder de llevar a cabo un ingreso involuntario. El ingreso involuntario está permitido sólo si se cumplen los dos criterios siguientes:

- Existe evidencia de un trastorno mental de una severidad determinada, definida por estándares internacionalmente aceptados;**
- Existe la probabilidad de que el paciente u otras personas sufran daños y/o la posibilidad de deterioro del estado del paciente, si no se le proporciona tratamiento.**

Las circunstancias concretas del país también deben considerarse a la hora de diseñar las condiciones para el ingreso involuntario, para permitirlo se debería de requerir certificación por parte de dos doctores o profesionales de salud mental, de los cuales al menos uno debería ser psiquiatra. Si hay escasez de psiquiatras, podría ser necesario que otros profesionales llevaran a cabo la evaluación y la toma de las decisiones pertinentes. Estos profesionales pueden ser trabajadores sociales, psicólogos o enfermeras que hayan recibido la formación adecuada.



Esto aumenta la dotación de profesionales de salud mental disponibles para certificar ingresos involuntarios y ayuda a mantener una adecuada protección de los enfermos mentales.

Debido a que en la mayoría de trastornos mentales severos se producen episodios agudos, la ley debe contemplar los procedimientos de urgencia. Estos procedimientos deberían permitir la evaluación obligatoria de las personas con trastornos mentales y/o el ingreso durante 48/72 horas para permitir la valoración por parte de un especialista en salud mental si existe la sospecha razonable de riesgo inmediato para la salud del paciente.

La ley también debería incorporar disposiciones acerca de los derechos de las personas que se ven privadas de su libertad. Todos los pacientes ingresados involuntariamente deberían tener el derecho específico de apelar contra su hospitalización involuntaria, ante los gerentes de la institución y ante un tribunal u órgano de apelación.

4.2.1.5. Tratamiento voluntario e involuntario en entornos hospitalarios

El tratamiento voluntario está relacionado con el consentimiento informado. La legislación debe asegurar que todos los tratamientos se proporcionen basándose en el consentimiento libre e informado, excepto en circunstancias excepcionales.

El consentimiento no es legal si va acompañado de amenazas o bajo coacción o si no se sugieren alternativas apropiadas al tratamiento propuesto.



Los pacientes que ingresan voluntariamente sólo empezarán a recibir tratamiento una vez se haya obtenido el consentimiento informado. En el caso de los ingresos involuntarios, surgen cuestiones importantes sobre los procedimientos relativos al ingreso y al tratamiento involuntario.

Si se encuentra que un paciente carece de capacidad para dar su consentimiento, se considera la opción del tratamiento involuntario sólo si se ingresa al paciente de manera involuntaria en el hospital y si el tratamiento es necesario para conseguir una mejoría en el estado del paciente y/o restablecer su competencia para tomar decisiones acerca del tratamiento y/o para evitar un deterioro significativo de la salud mental del paciente y/o evitar que el paciente cause daño a otros o a sí mismo.

En el caso del tratamiento involuntario, deben establecerse procedimientos para proteger los derechos de la persona y proporcionarle protección frente a posibles daños o abusos de poder. Los mecanismos pueden incluir la obtención de una segunda opinión acerca de la necesidad del tratamiento involuntario, obtener una autorización independiente de fuentes judiciales y/o de representantes del paciente, y la apelación por parte del paciente contra el tratamiento involuntario ante un órgano de apelación independiente.

Existen ciertos tratamientos para los que la legislación debe exigir obligatoriamente el consentimiento informado. Además se requiere una segunda opinión y la autorización de un órgano judicial para que se pueda iniciar el tratamiento.

Muchas de estas modalidades de tratamiento son altamente controvertidas y debe entenderse que el hecho de que se mencionen aquí no implica que la OMS las apruebe o respalde. La principal preocupación es reconocer y enfatizar la necesidad de que exista la suficiente protección de los derechos de las personas con trastornos mentales en estas circunstancias.

Algunos ejemplos incluyen la neurocirugía, la administración de medicaciones para reducir el deseo sexual y los procedimientos de reclusión. Estas garantías se aplican generalmente a tratamientos que son considerados irreversibles y/o que conllevan un riesgo relativamente elevado de daño físico o mental para el paciente.

4.2.1.6. Tratamiento involuntario en atención comunitaria

Existe una demanda creciente de la supervisión comunitaria de personas con trastornos mentales.

Esto surge de la percepción que tienen tanto el público como los profesionales de que la desinstitucionalización ha fracasado y de que los enfermos mentales en la comunidad son un peligro público.

Los profesionales están preocupados por el hecho de que los enfermos mentales que ingresan y son tratados involuntariamente dejan de tomar la medicación cuando se les da el alta y recaen, lo que genera un nuevo ciclo de ingreso y tratamiento involuntarios.



La ley requiere habitualmente que las personas con trastornos mentales residan en un lugar específico, que asistan a programas específicos de tratamiento, incluyendo consejo psicológico, educación y formación, que permitan a los profesionales de salud mental el acceso a sus hogares y que se sometan a tratamientos psiquiátricos obligatorios.

Uno de los problemas con los tratamientos ambulatorios obligatorios es que los servicios de salud mental se centren en el tema de la obligatoriedad en vez de centrarse en desarrollar unos servicios aceptables, invirtiendo recursos y esfuerzos, para la integración de las personas con trastornos mentales. Esto podría socavar el objetivo de la desinstitucionalización.

Un asunto importante relacionado con la supervisión comunitaria es el del consentimiento al tratamiento. Las personas que residen en la comunidad una vez que se han recuperado de sus trastornos mentales tienen la competencia y la capacidad de tomar decisiones sobre su tratamiento. El derecho a dar su consentimiento viene acompañado del derecho a negarlo, y este derecho también debe ser respetado. Actuar de otra manera sería como sugerir que las personas con trastornos mentales tienen la capacidad para aceptar un tratamiento pero que carecen de la capacidad de rechazarlo, violando por tanto el principio de simetría. La clave reside en que las normas para el tratamiento involuntario deben seguirse obligatoriamente, por ejemplo, debe demostrarse la incapacidad del paciente y el riesgo de auto o heteroagresividad.



Los estudios basados en la evidencia de la efectividad del tratamiento obligatorio ambulatorio están todavía empezando a desarrollarse. El tratamiento obligatorio parece reducir los reingresos y disminuir la estancia media cuando va acompañado de un tratamiento intensivo comunitario. Esto requiere un compromiso importante de recursos económicos y humanos

Una reducción considerable del riesgo de comportamientos violentos es sólo posible si el tratamiento obligatorio va acompañado de un tratamiento intensivo ambulatorio. Tal reducción se debe principalmente a una mejora en la adherencia al tratamiento y a la reducción del uso inapropiado de sustancias.

Lo relatado anteriormente no es una revisión exhaustiva de la efectividad de los tratamientos ambulatorios obligatorios. Está claro, no obstante, que el tratamiento obligatorio puede funcionar sólo si se dispone de dispositivos para tratamientos comunitarios intensivos.

4.2.1.7. Mecanismo de revisión periódica

La legislación debe proporcionar un mecanismo de revisión periódica en todas las situaciones que afecten a la integridad o a la libertad de las personas con trastornos mentales. Por tanto debería regularse dentro de la norma, mecanismos de revisión automática para todos los casos de ingreso y tratamiento involuntarios o para los casos de ingreso y tratamiento voluntario que se prolonguen más de un cierto periodo.



Las revisiones deberían llevarse a cabo en intervalos de tiempo razonables, por ejemplo, mensualmente en procedimientos obligatorios o trimestralmente en casos de ingresos voluntarios. Estos deberían ser efectuados por un órgano regulador independiente con un estatus legal para la ejecución de una buena práctica.

Para que sea efectivo, el órgano de apelación debería:

- Tener un carácter multidisciplinar e incluir tanto a profesionales (de salud mental, del ámbito jurídico, trabajadores sociales), representantes de personas con trastornos mentales, familiares y representantes de las familias, y profesionales legos;
- Ser independiente a nivel financiero y operativo de los proveedores de servicios y de las entidades encargadas de contratar los servicios para las personas con trastornos mentales;
- Tener poderes estatutarios para hacer cumplir las disposiciones de la legislación sobre salud mental.

4.2.1.8. Competencia (capacidad)

Para que el consentimiento sea válido, la persona que lo da debe tener la capacidad para ello. La competencia de dar consentimiento o negarse a un tratamiento se refiere normalmente a la capacidad de comprender el propósito, la naturaleza, los riesgos y efectos probables de un tratamiento particular, incluyendo la probabilidad de éxito, las consecuencias de negarse a éste y las posibles alternativas.

Los trastornos mentales pueden afectar a la capacidad. La legislación debe por tanto proporcionar protección a las personas que sufren trastornos mentales.



La existencia de un trastorno mental no implica automáticamente la incapacidad de tomar decisiones.

La ley debe determinar procedimientos explícitos para la valoración de la competencia, estipular cuáles son las autoridades apropiadas para determinarla y perfilar las acciones que deberían llevarse a cabo si se juzga a una persona incompetente.

Deben existir disposiciones en la legislación para que las personas afectadas y/o sus cuidadores o familias pudieran apelar en el caso de que se haya declarado la incapacidad.

4.2.1.9. Acreditación para los profesionales y los dispositivos de salud mental

La acreditación asegura una buena calidad y la homogeneidad en la prestación de los servicios de salud mental. Los usuarios deberían conocer los criterios mínimos sobre la calidad de los cuidados y las habilidades profesionales que han sido consensuados para los dispositivos asistenciales y para los profesionales. La legislación puede proporcionar sistemas de acreditación y asegurar que sólo se permita prestar servicios a los profesionales y a los dispositivos debidamente acreditados.

4.2.1.10. Derechos y roles de las familias y cuidadores

Las familias desempeñan un papel fundamental en el apoyo y cuidado de las personas con trastornos mentales. Esto es aún más importante en los países que carecen de sistemas de seguridad social estatal bien desarrollados.



La legislación debe tener en cuenta los derechos y necesidades de las familias y equilibrarlas con los derechos y necesidades de las personas con trastornos mentales. Por ejemplo, las familias que se ocupan de familiares con trastornos mentales pueden requerir información por parte de los profesionales acerca de la naturaleza de las enfermedades y los planes actuales del tratamiento para que puedan cuidar de sus familiares con más eficacia. La legislación debe por tanto abordar el tema de la información a los familiares cuando sea necesario. También debe ocuparse de que la necesidad de confidencialidad del individuo esté equilibrada con la necesidad de información de las familias.

La legislación en otras áreas no específicas de salud mental puede jugar un papel importante en la integración comunitaria de las personas con trastornos mentales. Tales medidas legislativas pueden ayudar a asegurar el éxito de una política que promueva la desinstitucionalización y la atención comunitaria de los trastornos mentales. La legislación en estas áreas es también importante para la prevención de las enfermedades mentales y la promoción de la salud mental.

4.2.1.11. Vivienda

La legislación puede incorporar disposiciones para dar prioridad a las personas con trastornos mentales en planes de vivienda estatal o viviendas subvencionadas y puede forzar a las autoridades a que habiliten diferentes alojamientos tales como hogares protegidos y viviendas tuteladas. La legislación sobre la vivienda debería incorporar disposiciones para evitar la segregación geográfica de los enfermos mentales.



Esto requiere disposiciones específicas para evitar la discriminación en la ubicación, situación y asignación de la vivienda para estas personas.

4.2.1.12. Educación

Tanto los niños como los jóvenes y los adultos tienen derecho a disfrutar de instalaciones y oportunidades educativas adecuadas. Con la ley de salud mental, el Estado debe asegurarse de que la educación de las personas con trastornos mentales forme parte del sistema educativo.

Si es necesario, los planes de enseñanza deberían ser lo bastante flexibles como para permitir complementos o adaptaciones y así acomodarse a las necesidades específicas de las personas con trastornos mentales. Los programas comunitarios y de educación integrada deberían contemplarse como abordajes complementarios para proporcionar una educación y formación rentable (coste–efectividad) para las personas con trastornos mentales.

Los programas específicos de salud mental en los centros escolares tienen un papel importante en la identificación temprana de los problemas emocionales o de la conducta en los niños y por lo tanto ayudan a prevenir futuras discapacidades asociadas al trastorno mental.

Los programas en los centros escolares también ayudan a aumentar el conocimiento y a concienciarse sobre los trastornos emocionales y de conducta, y a desarrollar las habilidades para enfrentarse a las adversidades y manejar el estrés.



4.2.1.13. Empleo

La legislación puede incorporar disposiciones para la protección de las personas con trastornos mentales frente a la discriminación y explotación en el ámbito laboral.

Se deberían incluir disposiciones para asegurar la igualdad de oportunidades a la hora de obtener un empleo y para prohibir a los empresarios que utilicen el trastorno mental como base para el despido.

Deberían existir condiciones para establecer una financiación adecuada de los programas de rehabilitación laboral y para financiar de manera preferente actividades rentables por parte de las personas con trastornos mentales que residan en la comunidad, así como una discriminación positiva para establecer programas generales orientados a mejorar el acceso a empleos remunerados.

La legislación sobre el empleo también puede proporcionar protección a los enfermos mentales que estén implicados en planes de empleo protegido, asegurando que cobren sueldos comparables a los que reciben el resto de las personas y que no existan trabajos forzados, o mediante métodos coactivos, en dichos planes.

4.2.1.14. Legislación penal

El código penal del país debe incluir disposiciones adecuadas para tratar a los delincuentes con trastornos mentales.



“Estas disposiciones deberían, por ejemplo, abordar el tema de la capacidad mental de estas personas para ser juzgados o para actuar como testigos en juicios”¹⁷, su responsabilidad en procesos tanto civiles como penales, su representación legal o para el cumplimiento de sentencias y tratamientos.

4.2.1.15. Legislación civil y general

A los enfermos mentales les está garantizado el ejercicio de todos los derechos civiles, económicos, sociales y culturales, tal como está reconocido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el Convenio Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el Convenio Internacional sobre Derechos Políticos y Civiles.

Las disposiciones relacionadas con el matrimonio, la separación, el divorcio y el ejercicio de la patria potestad de las personas con trastornos mentales pueden incorporarse en la legislación civil.

De manera alternativa, la legislación sobre salud mental debería hacer constar que las personas con trastornos mentales tienen, entre otros, los siguientes derechos:

- Al voto (a menos que se considere a la persona incompetente para ello);
- A tener hijos y conservar la patria potestad;
- A la propiedad privada;
- Al empleo;
- A la educación;
- A la libertad de movimiento y elección del lugar de residencia.

¹⁷ Carrasco Gómez, Juan José, José Manuel Maza Martín, **Tratado de Psiquiatría Legal y Forense**. Pág. 872.



La legislación general debería ser aplicable a las personas con trastornos mentales incluyéndoles como beneficiarios. Ser una legislación antidiscriminatoria para la protección de las poblaciones vulnerables, de las minorías y de los grupos menos favorecidos.

4.2.1.16. Legislación sanitaria general

Las personas con trastornos mentales requieren de una protección legislativa como usuarios de los servicios sanitarios generales. Los temas que deben estar cubiertos incluyen la accesibilidad y la calidad del tratamiento ofrecido, la confidencialidad, el consentimiento al tratamiento y el acceso a la información pertinente. Pueden incorporarse cláusulas especiales para enfatizar la necesidad de proteger a las personas vulnerables, esto es, las personas con trastornos mentales y aquellas que están incapacitadas.

La falta de prioridad que tienen los temas relacionados con la salud mental en la mayoría de los países ocasiona que los servicios de salud mental reciban recursos financieros y humanos insuficientes e inadecuados. Para favorecer la equidad y la imparcialidad, la legislación sanitaria debería además incluir disposiciones para dotar a los servicios de salud mental, institucionales y comunitarios, de una correcta financiación y de recursos. Esto daría como resultado el mismo nivel de accesibilidad y calidad de los servicios para las personas con trastornos mentales como para aquellas con problemas físicos.



La legislación debe garantizar a los enfermos mentales el ejercicio de todos sus derechos civiles, económicos, políticos y sociales. Debe existir equidad en el acceso a tratamientos de alta calidad entre las personas con trastornos mentales y las personas con minusvalías físicas.

El país debe formular una legislación que proporcione las intervenciones de salud mental en los servicios de atención primaria, enfermedades físicas y mentales. Una legislación que permita introducir las intervenciones de salud mental en los servicios de atención primaria.

La intervención precoz, incluyendo la disponibilidad de psicofármacos esenciales, debería contemplarse en cualquier plan básico de salud a la hora del reembolso o cobertura de los servicios.

4.2.1.17. Acceso a psicofármacos

Los psicofármacos son útiles para tratar trastornos mentales y desempeñan un papel importante en la prevención secundaria. Sin embargo, es habitual que incluso los psicofármacos básicos no estén disponibles en muchos países. La legislación puede ayudar a mejorar la disponibilidad de dichos fármacos en los niveles primario y secundario de atención.

4.2.1.18. Protección de grupos vulnerables

Muchos países y organizaciones internacionales han demostrado el efecto nocivo del abuso físico, sexual y la explotación laboral en la salud mental de niños y adolescentes.



Estos hallazgos deben considerarse como componentes esenciales en la legislación sobre salud mental.

Se puede desarrollar una legislación que asegure la detección precoz por parte de los profesionales de la salud de los abusos infantiles así como la comunicación inmediata de los hechos al sistema judicial. De manera similar, es a menudo necesario que la legislación supere las barreras de género que aún sufre la mujer en el ámbito de la salud, la educación y el empleo, y permita identificar también los abusos físicos y sexuales como delitos. La protección de los derechos de la tercera edad es otro componente que debería incluirse en la legislación sobre salud mental.

Los grupos indígenas y las minorías se encuentran entre los grupos de gente más vulnerable, presentando altas tasas de depresión, alcoholismo, suicidio y violencia. Han sufrido cambios culturales rápidos, siendo marginados y fagocitados en la economía global, la cual tiene poca consideración con su autonomía. Su nivel de salud mental puede aumentar mediante leyes que refuercen su identidad, la vida en comunidad, el gobierno local y las tradiciones culturales. Estos colectivos también requieren servicios de salud mental acordes con sus culturas y lenguas y que, idealmente, incorporen las formas tradicionales de curación.

4.3. La puesta en práctica: obstáculos y soluciones

Es preferible que el proceso de puesta en práctica se inicie desde el mismo momento en que se concibe la legislación sobre salud mental.



Muchas dificultades de la puesta en práctica pueden ser identificadas y así tomar acciones correctivas durante la fase de redacción y debate de la legislación propuesta.

La complejidad de la legislación sobre salud mental añade dificultades a la aplicación práctica. Se suele prestar mucha atención a la redacción y al proceso legislativo, mientras que por el contrario se lleva a cabo muy poco trabajo preliminar sobre la puesta en práctica hasta después de que la legislación ha sido promulgada. La identificación temprana de problemas puede ayudar al proceso de implementación.

Por experiencia obtenida en otras leyes, se sabe que la ley según sus artículos y la ley en la práctica son a veces muy distintas.

4.3.1. Obstáculos

Las dificultades de la puesta en práctica pueden surgir por varios motivos:

- Ausencia de una acción coordinada: Los grupos de usuarios, de familias y las organizaciones de apoyo en los países desarrollados actúan como catalizadores para la puesta en funcionamiento, y ocasionalmente utilizan la vía judicial para ello. La relativa escasez de tales grupos en los países en vías de desarrollo conlleva una puesta en funcionamiento más lenta a través de cambios en las prácticas habituales. Este problema se agrava debido a la fragmentación de los grupos existentes y la ausencia de una acción coordinada. En consecuencia, muchos de los beneficios potenciales de la legislación sobre salud mental nunca llegan a aplicarse a las personas con trastornos mentales.



- **Falta de concienciación:** El gran público, los profesionales, las personas con trastornos mentales, sus familias y las organizaciones de apoyo están con frecuencia mal informados acerca de los cambios que conlleva la nueva legislación sobre salud mental. En algunos casos puede que estén bien informados acerca de estos cambios, pero siguen poco convencidos acerca de las razones para llevarlos a cabo. Esto es especialmente cierto si la legislación sobre salud mental requiere cambios significativos en las prácticas habituales.
- **Recursos humanos:** En los países en vías de desarrollo como Guatemala, existe una grave deficiencia en el número de profesionales de salud mental debidamente preparados. Por ejemplo, la legislación sobre salud mental requiere habitualmente que se obtenga la declaración de un psiquiatra antes de llevar a cabo un ingreso involuntario en un hospital. Esta situación puede ser un obstáculo significativo en un país en vías de desarrollo como Guatemala, porque los psiquiatras suelen estar solamente disponibles en las áreas urbanas mientras que la mayoría de la población vive en áreas rurales.
- **Cuestiones de procedimiento:** Se presta poca atención a hacer operativos los conceptos legales mediante procedimientos prácticos y a la estandarización de la documentación para que cumpla con las disposiciones de la legislación sobre salud mental. Estas deficiencias llevan a una implementación poco uniforme o, en algunas ocasiones, a un fracaso total en la implementación. Por ejemplo, es útil para los médicos clínicos y otros que exista un formulario estandarizado para obtener la certificación, y es probable que los usuarios y sus familias encuentren útil disponer de un formulario estandarizado para apelar contra los ingresos.

- **Falta de financiación:** Es probable que la velocidad y la calidad de la implementación dependan de la disponibilidad de los recursos financieros necesarios. Las nuevas legislaciones sobre salud mental requieren frecuentemente el paso de una atención institucional a una atención comunitaria, y esto precisa financiación adicional.

A largo plazo, la reasignación de fondos desde las instituciones hacia los dispositivos comunitarios es factible. Sin embargo, a corto plazo, es necesario sostener unos gastos de mantenimiento dobles durante el período de transición.

Puede surgir la oposición de los proveedores de cuidados de salud mental, que se pueden quejar de los incrementos de los costes atribuibles a la implementación de la legislación sobre salud mental.

Las familias de las personas con trastornos mentales soportan la carga económica de los tratamientos y por tanto es probable que protesten también contra el aumento de costes derivados de los cambios legislativos.

4.3.2. Estrategias para superar las dificultades de la puesta en práctica

Las siguientes sugerencias pueden ayudar a superar las dificultades de puesta en práctica:

- **Finanzas:** Una elaboración adecuada del presupuesto es esencial para toda actividad que aspire a una implementación rápida. Por ejemplo, se requieren fondos para poner en marcha las actividades del órgano de apelación, para la formación a los profesionales en el uso de la legislación y para efectuar cambios en los servicios de salud mental.

Este presupuesto debe estar incluido en el presupuesto general de sanidad. No obstante, la ausencia de prioridad otorgada a la salud mental puede ocasionar que los presupuestos destinados a esta se desvíen a otras áreas de salud. En tales casos es importante asegurarse que los presupuestos para salud mental estén protegidos y que se utilicen exclusivamente para este propósito.

- **Coordinación:** Debe crearse una agencia o autoridad coordinadora para supervisar la implementación de la ley; tener una agenda con objetivos medibles y poderes administrativos y financieros que le permitan asegurar una implementación rápida y efectiva; tener el mandato, la autoridad y los recursos financieros adecuados para desarrollar normas y procedimientos para la puesta en práctica; preparar instrumentos de documentación estandarizados y asegurar la formación apropiada de los profesionales de la salud mental e introducir procedimientos de acreditación si es necesario; y, contemplar cuestiones relativas a recursos humanos, por ejemplo, permitiendo que aquellos profesionales no médicos de salud mental, debidamente formados y supervisados, puedan actuar como especialistas en ciertas situaciones.
- **Amplia divulgación entre las personas con trastornos mentales:** Las disposiciones de la nueva legislación deberían divulgarse entre las partes implicadas clave, tales como los grupos que representan a las personas con trastornos mentales, las familias de estas personas y las organizaciones de apoyo, por medio de talleres y seminarios.

Es importante que estos grupos se vean como parte implicada en la puesta en práctica de la nueva legislación sobre salud mental y que se les incluya en las estrategias de dicha implementación.

- **Concienciación y educación pública:** Debería dirigirse una campaña de concienciación y educación pública orientada al público general, destacando las disposiciones fundamentales de la nueva legislación y, en particular, los fundamentos y la filosofía subyacentes a los cambios efectuados.
- **Formación de los profesionales de salud, de salud mental y de otros profesionales:** Un conocimiento de la legislación sobre salud mental es extremadamente importante para su correcta implementación. Es por tanto necesario promover la formación especial de los profesionales tanto de salud general como de salud mental, de las autoridades policiales, abogados, trabajadores sociales, profesores, administradores de recursos humanos, etc.

Los cursos de formación para grupos mixtos de profesionales de atención primaria y salud mental y profesionales de sectores ajenos al sanitario pueden conducir a una mejor comprensión de la salud mental, los trastornos mentales y los derechos humanos de las personas con trastornos mentales, y ayudar también a establecer un lenguaje común entre los profesionales de distintas disciplinas.

- **Inspección de los dispositivos de salud mental y procedimientos para denuncias e indemnizaciones:** Las inspecciones periódicas de los dispositivos de salud mental proporcionan una garantía legal valiosa contra el ingreso involuntario injustificado y la limitación de los derechos de los pacientes.

Las personas a las que se les ha confiado la implementación de la legislación deben asegurarse de que el órgano de apelación ponga en marcha con rapidez los comités de inspección de los dispositivos de salud mental.



Además, debe producirse la implementación rápida y efectiva de procedimientos sobre denuncias. Tales mecanismos complementan otros procedimientos generales de apelación contra decisiones administrativas que violen los derechos civiles y humanos.

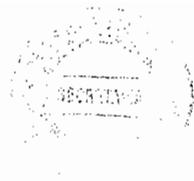
En conclusión, de acuerdo a lo establecido en este capítulo, la promulgación de ley de salud mental no es tarea fácil, sin embargo, con esfuerzo y siguiendo las bases esenciales de ésta, puede lograrse y así conseguir el bienestar para los habitantes del país y la protección a quienes padecen trastornos mentales.



CONCLUSIONES

1. La salud mental es un elemento vital para la vida de una persona, ya que da el equilibrio necesario para poder convivir de forma sana en un entorno social y tener un equilibrio psicológico libre desórdenes que desencadenan violencia, depresión y otros síndromes.
2. A través de la historia, la salud mental ha ido tomando la importancia que merece, por medio de tratados, convenios, declaraciones y principios creados por instituciones internacionales que se dedican a vigilar el cumplimiento de los derechos humanos para mantener la armonía en todas las naciones.
3. Guatemala como país parte de instituciones internacionales, a pesar de haber ratificado los instrumentos mencionados, no los ha respetado, ni velado por su estricto cumplimiento, lo que hace necesario que se cree una ley ordinaria que regule y ordene el sistema de salud mental para que se logre un equilibrio físico y psicológico de los habitantes del país, además de poner un alto a los abusos realizados en contra de personas con trastornos mentales.

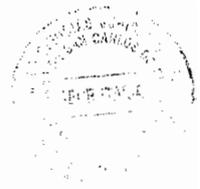




RECOMENDACIONES

1. Que para promover la salud mental en la población guatemalteca es necesario que el Estado de Guatemala planifique y ponga en práctica programas pendientes a fomentar y cuidar la salud mental.
2. Que para la formulación de la ley de salud mental, el Congreso de la República se apegue a los principios y tratados internacionales que regulan la salud mental mencionados anteriormente.
3. Tal como se ha establecido en la investigación se exhorta a las entidades del Estado que cuentan con iniciativa de ley a proponer una ley de salud mental que vendrá a ordenar las políticas de salud mental en Guatemala, para que a través de ésta se tenga un mayor cuidado de las personas en general y de los que padecen de trastornos o enfermedades mentales, ya sea que se encuentren dentro o fuera del hospital de salud mental.





BIBLIOGRAFÍA

Asociación para el Avance de la Ciencia Psicológica. **Psiencia revista latinoamericana de ciencia psicológica**. vol. IV. Argentina. 2010.

CARRASCO GÓMEZ, Juan José, José Manuel Maza Martín, **Tratado de psiquiatría legal y forense**. 4º ed. España, Ed. La Ley. 2010.

ITZAK LEVAV, Helena Restrepo y Carlyle Guerra de Macedo, **La restructuración del cuidado psiquiátrico en Latinoamérica: política de salud pública**. Caracas. Ed. Organización Panamericana de la Salud. 1994.

KRAUT, Jorge Alfredo. **Salud mental: tutela jurídica**. 1ª ed. Argentina, Ed. Santa Fe: Rubinzal-Culzoni, 2006.

LEMA AÑÓN, Carlos. **El derecho a la salud: concepto y fundamento**. 1º ed. Madrid, España. Ed. Dykinson. 2010.

LEMA AÑÓN, Carlos. **Apogeo y crisis de la ciudadanía de la salud: historia del derecho a la salud en el siglo XX**. 1º ed. Madrid, España. Ed. Dykinson. 2012.



www.oas.org/es/acerca/nuestra_historia.asp (11 de enero de 2014)

www.mspas.gob.gt/files/Descargas/ProtecciondeSalud/progrmaSaludMental/Plan%20estrategico.pdf (12 enero de 2014)

www.photos.state.gov/libraries/guatemala/788/pdfs/HRRGuatemala2012sp.pdf. (12 enero de 2014)

www.asociacionpsiquiatricaguatemala.blogspot.com/p/apoyo-social.html (14 enero de 2014)

[www.pt.wikipedia.org/wiki/Lei_n%C2%BA_10.216_\(6_de_abril_de_2001\)](http://www.pt.wikipedia.org/wiki/Lei_n%C2%BA_10.216_(6_de_abril_de_2001)) (19 enero 2014)

Legislación:

Constitución Política de la República de Guatemala, 1986.

Decreto 114-97 del Congreso de la República de Guatemala, Código de Salud.

Declaración Universal de los Derechos Humanos, Organización de las Naciones Unidas, 1948.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Organización de las Naciones Unidas, 1966.

Convención Americana sobre Derechos Humanos, Organización de Estados Americanos, 1969.

Declaración de Caracas de Salud Mental, Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud, 1990.

Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Asistencia de la Salud Mental, Organización de las Naciones Unidas, 1991.



Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las personas con Discapacidad, Organización de Estados Americanos, 1999.

Ley de Salud Mental, Brasil 2001.

Ley Nacional de Salud Mental, Argentina 2010.

Ley de Salud Mental del Distrito Federal, México 2011.

Ley de Salud Mental, Colombia 2013.