

**UNIVERSIDAD ESTATAL A DISTANCIA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

MAESTRÍA EN DERECHOS HUMANOS

TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN

**Salud Mental y Derechos Humanos:
Monitoreo de Derechos Humanos en Hospitales Psiquiátricos costarricenses**

Licda. Saskia Salas Calderón

**I CUATRIMESTRE
2008**

ÍNDICE

Introducción	2
Capítulo 1. Punto de partida	6
1.1. Planteamiento del problema	6
1.2. Objetivos	7
1.3. Metodología utilizada	7
Capítulo 2. La enfermedad mental	9
2.1. La enfermedad mental	9
2.2. Enfermedad mental en Costa Rica	11
Capítulo 3. Derechos humanos de las personas con enfermedades mentales	15
3.1. Derechos consagrados en los instrumentos internacionales de protección de los derechos humanos	15
3.2. Los derechos humanos de las personas con enfermedades mentales en Costa Rica	26
Capítulo 4. La realidad en América Latina	32
4.1. Violaciones de derechos humanos en hospitales psiquiátrico	32
4.2. Jurisprudencia del Sistema Interamericano sobre derechos humanos de las personas con enfermedades mentales.	39
Capítulo 5. Monitoreo de derechos humanos	48
Capítulo 6. Guía de monitoreo de los derechos humanos de las personas con enfermedades mentales en hospitales psiquiátricos.	50
6.1. Aspectos básicos	50
6.2. Estructura de la guía	51
6.3. Notas finales	68
Bibliografía	69
Anexos	71
Matriz 1. Derechos humanos generales vigentes en Costa Rica y aplicables a los pacientes psiquiátricos.	
Matriz 2. Derechos humanos específicos para los pacientes psiquiátricos que se encuentran vigentes en Costa Rica.	
Matriz 3. Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental (Principios de la ONU) y su correspondencia con la legislación nacional e internacional en la materia.	
Matriz 4. Operacionalización de derechos para el monitoreo.	

INTRODUCCIÓN

El derecho a la salud es un derecho humano fundamental contemplado en los instrumentos internacionales de derechos humanos de la Organización de Naciones Unidas (ONU) y la Organización de Estados Americanos (OEA) como un derecho exigible y justiciable. Está directamente relacionado con el derecho a una vida digna y un nivel de vida adecuado.

Algunos de los principales instrumentos del derecho internacional que mencionan el derecho a la salud como un derecho fundamental son el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (1966) y el Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales (“Protocolo de San Salvador”), adoptado por la Organización de Estados Americanos en 1988. En ambos instrumentos se contempla el derecho a la salud física y mental de todas las personas sin discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.

Lamentablemente, y a pesar de que ha habido avances importantes en el campo, aún se piensa en salud como “bienestar físico”, y se olvida la parte psicológica implicada en el concepto; se deja de lado la salud mental como un componente fundamental derivado de la integralidad del ser humano y como consecuencia, quienes padecen trastornos mentales severos se encuentran aislados y relegados dentro de los sistemas públicos de salud.

La Organización Mundial de la Salud ha llamado la atención en el tema, y ha resaltado la ausencia de políticas estatales que se dirijan a atender a la población que sufre de trastornos de índole psicológica o psiquiátrica.

Actualmente en el mundo hay más de 450 millones de personas con problemas mentales, neurológicos o de comportamiento. Aún así, cerca de una cuarta parte de todos los países no tienen legislación sobre salud mental, mientras que en muchos otros existe legislación que apenas protege los derechos humanos de las personas con trastornos mentales (Jano On-Line, 2005).

Ya en el año 2000 Gro Harlem Brundtland, Directora General de la OMS en ese momento, llamaba la atención sobre la severidad de la prevalencia de trastornos mentales a nivel mundial.

La depresión grave ocupa el quinto lugar en la clasificación de las 10 causas más importantes de morbilidad a nivel mundial, y esa enfermedad reviste idéntica importancia en los países en desarrollo. Después de la depresión grave, las causas que más contribuyen a la carga neuropsiquiátrica son la dependencia del alcohol, los trastornos afectivos bipolares y la esquizofrenia. En los países de ingresos altos, las demencias son la tercera causa más importante de morbilidad neuropsiquiátrica.

A nivel mundial cinco de las 10 causas más importantes de discapacidad (depresión grave, esquizofrenia, trastornos bipolares, consumo de alcohol y trastornos obsesivo-compulsivos) son problemas mentales. Éstos son tan importantes en los países pobres como en los ricos, y todos

los pronósticos apuntan a que en los próximos años aumentarán espectacularmente. (Harlem, 2000, p. 411).

A pesar de lo denso del panorama en cuanto a la prevalencia de las enfermedades mentales y su aumento epidemiológico, Harlem (2000) destaca la ausencia de acciones para combatir este tipo de males, aún y cuando se han encontrado intervenciones sencillas y con costos económicos muy bajos que pueden beneficiar a la población afectada. Las razones de este fenómeno, según la autora, son las siguientes:

... la poca prioridad que se da generalmente a la salud mental, la centralización tradicional de los servicios de salud mental en grandes instituciones psiquiátricas y la escasa aplicación de estrategias de reconocida eficacia, ya sea por desconocimiento entre los agentes de salud y los responsables de dictar normas, por la deficiente organización y financiación de los servicios, por la inexistencia de sistemas de garantía de la calidad o por la falta de medicamentos psicotrópicos esenciales. Se añade a ello el estigma asociado a las enfermedades mentales, que a menudo disuade a los enfermos de buscar tratamiento, e incluso puede minar la disposición a intervenir de los dispensadores de atención de salud mental. (Harlem, 2000, p. 411)

Un ejemplo claro de esta ausencia de acciones para la prevención y tratamiento de las enfermedades mentales es el del caso de la esquizofrenia, enfermedad que actualmente padece el 1% de la población mundial y para la que, sin embargo, no existen políticas públicas de atención en la mayoría de los países.

La población de pacientes psiquiátricos es, entonces, una población en abandono, y como tal no es de extrañar la falta de vigilancia al respeto de sus derechos fundamentales, de los que son destinatarios en su condición de persona poseedora de dignidad.

Y es que desde el punto de vista de la legislación nacional e internacional no basta con la creación de leyes para garantizar el derecho a la salud mental de los habitantes de un país o una región. Es necesario crear los medios que soporten las acciones que conllevan esas leyes para que sean realmente efectivas. Según el X Informe sobre el Estado de la Nación (2004), a pesar de que en la última década en Costa Rica ha existido un amplio desarrollo de la tutela y exigibilidad jurídica de los derechos humanos, incluyendo los derechos económicos, sociales y culturales y por tanto el derecho a la salud, la mayoría de las leyes otorgan responsabilidades institucionales para el cumplimiento de las obligaciones, pero “sólo en el 16% de ellas se crean nuevas fuentes de financiamiento para que las instituciones acaten el nuevo mandato” (Programa Estado de la Nación, 2004, p.319). Esto ha provocado que los problemas en los niveles de prevención, atención y rehabilitación de pacientes sigan siendo los mismos, aunque sus derechos estén protegidos por nuevas leyes.

Las acciones orientadas a la investigación de las enfermedades mentales, de nuevas formas de tratamiento o de los factores psicosociales que contribuyen a su desarrollo en Costa Rica son muy escasas y sus fuentes de financiamiento son endeble. ¿Cómo se atiende un problema que no se conoce a profundidad?

Los centros de atención para enfermos mentales en nuestro país carecen de las condiciones ideales. En algunas ocasiones los pacientes con crisis psicóticas se encuentran hospitalizados

junto con pacientes deprimidos, internados por abuso de drogas, adultos mayores abandonados e incluso con niños y niñas que el Patronato Nacional de la Infancia no puede acoger por falta de espacio o capacitación de su personal. Hay escasez de camas y de actividades recreativas que permitan a los pacientes encontrar medios alternos de resolución de sus conflictos intrapsíquicos. Hay también poco personal para atenderlos, poco dinero para cubrir las necesidades básicas de los internos y ausencia de un espacio físico adecuado para su atención y rehabilitación.

A nivel de consulta externa también hay dificultades importantes. Faltan opciones de tratamientos que fomenten la rehabilitación de los pacientes y su reinserción social, así como opciones de atención para ayudar a sus familias a sobrellevar la carga psicológica, económica y social que viene de la mano con la enfermedad mental. En ocasiones la consulta externa se realiza en el mismo pabellón donde están los pacientes internos, tiñendo la consulta “de seguimiento” con un tinte estigmatizador que los hace sentirse atrapados en un círculo vicioso de enfermedad del que no pueden salir.

Las familias, llenas de dudas y temores, no encuentran respuestas ni espacios de apoyo, lo que dificulta la aceptación de la condición del paciente y su rehabilitación, y crea un ambiente de incertidumbre familiar que termina produciendo daños que pudieron prevenirse con sistemas de información y redes de apoyo adecuadas.

El monitoreo de derechos humanos es una estrategia que ha demostrado ser efectiva, al menos, en la visibilización de las violaciones de las garantías fundamentales. Esto conlleva la creación de conciencia en la población general y más específicamente en las instancias encargadas de crear políticas públicas que garanticen el respeto de la dignidad humana y el rechazo a acciones discriminatorias de cualquier tipo.

El respeto a los derechos humanos de todos los ciudadanos es una obligación de los Estados que no puede estar sujeta únicamente a la voluntad política del gobierno de turno; el respeto a los derechos humanos de todos los ciudadanos es el respeto a la dignidad que les es inherente, y por tanto un pilar fundamental de la democracia.

El monitoreo de pacientes internos en centros de atención en salud mental debe hacerse, por tanto, desde una perspectiva de igualdad y equidad.

En un nivel macro, el respeto al derecho a la salud mental de los ciudadanos debe tomar en cuenta políticas preventivas del Estado en la materia, la atención a los pacientes en los sistemas primarios, secundarios y terciarios de salud, y los mecanismos de reinserción social de quienes sufren trastornos severos. La salud mental es un concepto multidimensional y como tal debe evaluarse desde distintas perspectivas.

En un nivel micro, que es en el que se centrará este trabajo, la condición de paciente psiquiátrico no debe menoscabar el derecho a una vida digna. Es así como resulta fundamental verificar que en la etapa de internamiento y de seguimiento médico y psicológico, se estén respetando todos los derechos que como ser humano tiene el paciente. Es aquí donde cobra importancia el monitoreo en centros hospitalarios de atención en salud mental. ¿En qué condiciones se da un internamiento?, ¿están estos centros dotados con la infraestructura

mínima para el internamiento de los pacientes?, ¿está el personal que les atiende suficientemente capacitado?, ¿existen normas éticas y legales que regulen el comportamiento del personal del centro?, ¿los tratamientos utilizados han sido probados como efectivos por investigaciones científicas reiteradas y confiables desde el punto de vista epistemológico y metodológico?, ¿están los pacientes recibiendo el mejor tratamiento posible?, ¿existe la infraestructura organizacional para la adecuada atención de todos los pacientes?, ¿se respetan todos los derechos sociales, económicos, culturales, civiles y políticos de los pacientes durante su internamiento?, ¿existen programas orientados a la reinserción social de estos pacientes una vez que abandonan el centro hospitalario? Estas son sólo algunas de las preguntas que deben ser contestadas por el monitoreo de derechos humanos en un centro hospitalario de atención en salud mental, pero antes deberá estar precedido por el estudio de la legislación en el tema que exista en el país. El deber del Estado inicia con la regulación legislativa de una materia, pero debe incluir también el seguimiento al cumplimiento de estas leyes, iniciando por sus propios funcionarios.

En un mundo de cambios constantes y en donde el ritmo de vida es cada vez más acelerado, un mundo donde los procesos de globalización nos conectan cada vez más con los otros y menos con nosotros mismos, la salud mental no debe excluirse de las políticas públicas ni de las mesas de discusión, ni los pacientes con trastornos mentales deben reducirse a ciudadanos de segunda categoría, cuya atención y cuidado puede mantenerse en niveles más bajos de los adecuados. Las enfermedades mentales pueden convertirse en una pandemia como lo hicieron el sida y el consumo de drogas y, antes de que esto ocurra, es necesario prestarles la atención debida para garantizar a cada persona el respeto a sus derechos fundamentales, incluyendo el derecho a una vida mental sana y digna.

CAPÍTULO 1

PUNTO DE PARTIDA

1.1. Planteamiento del problema

La estigmatización y discriminación de las que históricamente han sido víctimas las personas que padecen una enfermedad mental, hace que en ocasiones se anule su condición de seres humanos y se les despoje de los derechos fundamentales de los que son titulares.

La Organización de Naciones Unidas y la Organización de Estados Americanos, en aras de contrarrestar esta actitud y con el fin de defender los derechos humanos de estas personas, han desarrollado instrumentos internacionales específicos para su protección. No obstante, estos instrumentos son escasos, poco referenciados en la jurisprudencia internacional y nacional, e insuficientes para lograr el respeto absoluto de los derechos fundamentales de los pacientes o cambiar la actitud general frente a ellos.

En nuestro país, por ejemplo, existen dos hospitales psiquiátricos en el área metropolitana que cuentan con pocos recursos asignados por el Estado para la atención y cuidado de sus pacientes en comparación con la asignación presupuestaria de otros centros especializados de atención en salud y que resultan insuficientes para un adecuado tratamiento de sus usuarios.

Esto, aunado al estigma social existente, hace que las condiciones imperantes en estos hospitales sean en muchas ocasiones violatorias de los derechos fundamentales de sus pacientes, lo que va en detrimento de su condición como seres humanos y de su propia recuperación.

El monitoreo de derechos humanos es un primer paso, y evidentemente no el único, para establecer buenas y malas prácticas existentes en los centros hospitalarios de atención a pacientes con enfermedades mentales. El monitoreo, incluso, puede derivar en el establecimiento de nuevas políticas que garanticen el respeto de los derechos humanos de estas personas.

Ante la difícil situación que viven las personas con enfermedades mentales y la importancia del monitoreo de derechos humanos como mecanismo de control, la presente investigación se planteó como objetivo general la construcción de una guía de monitoreo que permita verificar el cumplimiento de las normas mínimas de atención y seguimiento dentro de los hospitales psiquiátricos de acuerdo con la normativa internacional y nacional en derechos humanos referida a la materia. La guía pretende convertirse en un instrumento de calidad que pueda ser utilizado por los hospitales para realizar monitoreos internos, o por organizaciones externas que deseen supervisar el respeto a los pacientes de hospitales psiquiátricos en nuestro país.

La perspectiva fundamental desde la que se abordó la temática en estudio fue un enfoque de derechos humanos sensible a la realidad clínica que viven los pacientes con enfermedades

mentales, pues no se pueden dejar de lado sus necesidades especiales y las características básicas de sus trastornos para garantizar su bienestar y dignidad como seres humanos.

1.2. Objetivos

Objetivo general

Construir una guía de monitoreo que permita verificar el cumplimiento de las normas mínimas de atención y seguimiento dentro de los hospitales psiquiátricos de acuerdo con la normativa internacional y nacional en derechos humanos referida a la materia.

Objetivos específicos

1. Analizar la legislación internacional aplicable en Costa Rica relacionada con la protección de los derechos humanos de los pacientes de hospitales psiquiátricos.
2. Analizar la normativa costarricense relacionada con la protección de los derechos humanos de los pacientes de hospitales psiquiátricos.
3. Determinar cuáles son los derechos humanos de los pacientes de hospitales psiquiátricos en Costa Rica.

1.3. Metodología

Para lograr los objetivos propuestos, el diseño de investigación respondió a un modelo cualitativo y sus principales características fueron las siguientes:

- El estudio tuvo los alcances de un diagnóstico, en el sentido de que intentó determinar, en primer lugar, cuáles son los derechos humanos reconocidos legalmente en el ámbito costarricense para los pacientes de hospitales psiquiátricos.
- Específicamente se trabajó sobre la base de la legislación existente en el ámbito nacional e internacional, sin ahondar en su cumplimiento real.
- El nivel de profundización en la problemática es meramente descriptivo, sin pretender encontrar explicaciones o correlaciones entre las posibles variables intervinientes.
- Como resultado, el estudio pretendió la elaboración de una guía de monitoreo de derechos humanos en hospitales psiquiátricos que sirva a las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales para verificar el cumplimiento de la normativa vigente en la materia.

Para la recolección y análisis de los datos se utilizó principalmente el análisis normativo, sin profundizar en sus raíces sociales, políticas o epistemológicas.

La revisión documental incluyó:

- Instrumentos internacionales de derechos humanos suscritos por Costa Rica y que se relacionan directamente con los derechos de los pacientes de hospitales psiquiátricos, tales como:
 - a. Declaración Universal de Derechos Humanos (1948).
 - b. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966).
 - c. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966).
 - d. Declaración de los derechos de los impedidos (1975).
 - e. Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la Salud Mental (1991).
 - f. Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre (1948).
 - g. Convención Americana de Derechos Humanos (1969).
 - h. Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”, 1988).
 - i. Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad (1999).

- Legislación nacional relacionada con los derechos humanos en general y con los derechos humanos de los pacientes de hospitales psiquiátricos en particular.
 - a. Constitución Política de la República de Costa Rica (1949).
 - b. Ley N° 8239 y su reglamento, Derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados (2002).
 - c. Ley N° 5395, Ley General de Salud (1975)

Una vez analizada la normativa vigente se procedió a la elaboración de una guía de monitoreo de los derechos en ella contemplados. Para ello se siguieron los siguientes pasos metodológicos:

1. Categorización de los derechos a monitorear
2. Operativización de las categorías (descripción de las conductas, condiciones o acciones asociadas directamente al cumplimiento del derecho en cuestión)
3. Elaboración de la guía de monitoreo, la cuál incluirá un breve manual explicativo para su uso y aplicación.

CAPÍTULO 2 LA ENFERMEDAD MENTAL

2.1. La enfermedad mental

La locura es un país extranjero.
Porter

Definir la enfermedad mental ha sido un problema histórico-científico desde tiempos inmemoriales.

Afirma Porter (1989) que ni siquiera hoy existe un consenso racional sobre la naturaleza de la enfermedad mental, existiendo diferencias en el concepto aún en el campo de la psicología y la psiquiatría.

Este reconocimiento de ignorancia influirá forzosamente en las actitudes que adoptemos ante la masa de explicaciones contradictorias de la insania que han aportado por un igual los psiquiatras, la sociedad y los locos. La locura ha sido y sigue siendo un concepto elusivo (Porter, 1989, p. 20).

Fueron los griegos quienes primero trataron de encontrarle explicaciones a la locura, recurriendo al razonamiento mágico y otorgándole causas relacionadas con el Más Allá y que ellos no podía controlar. Así, los dioses, demonios, las parcas y las furias se convirtieron en los causantes de la enfermedad, sin que los mortales pudieran hacer nada por evitarla. Posteriormente, con el surgimiento de la medicina, la enfermedad mental se convirtió en una enfermedad del cuerpo que requería tratamiento. El pensamiento mágico permeó esta nueva concepción y la locura continuó asociada a fuerzas superiores que peleaban por el alma del individuo, esta vez en su forma de la guerra entre Dios y Satanás (Porter, 1989).

El Renacimiento, la Revolución Científica y la Ilustración no lograron refutar los antiguos significados de la locura. La gran innovación de la época fue la aparición de centros de exclusión para las personas con enfermedades mentales, a fin de separarlas del resto de la población. A esto es a lo que Foucault dio el nombre de “gran confinamiento” durante los siglos XVIII y XIX, a la política consistente en “encerrar a las personas difíciles, peligrosas o simplemente diferentes” (Porter, 1989, p. 31). Esta práctica ha continuado desde entonces, aunque ha disminuido considerablemente en la época moderna.

A partir del confinamiento de los pacientes con enfermedades mentales fue posible el surgimiento de la psiquiatría y de la psicología, las cuáles han evolucionado hasta sus formas actuales en sus prácticas, teorías y abordaje de los trastornos mentales.

Los avances científicos en el campo de la psicología y la psiquiatría han permitido difuminar el límite mente/cuerpo que anteriormente se asignaba a distintos trastornos, clasificándolos como eminentemente físicos o eminentemente psicológicos o mentales. Hoy día se sabe que hay muchos factores que intervienen en la aparición de un trastorno y que entre ellos la psique

y el cuerpo cumplen siempre un papel importante, más o menos relevante dependiendo del caso, pero siempre interconectados.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM por sus siglas en inglés), define en su cuarta edición los trastornos mentales de la siguiente manera:

... cada trastorno mental es conceptualizado como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (...), a una discapacidad (...), o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (...). Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado (p. ej., político, religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción. (DSM-IV, 1995, p. XXI).

El tratamiento de estos trastornos implica, por lo general, terapia farmacológica y psicológica como ejes principales. En casos críticos los pacientes son internados en centros especializados de atención con el fin de posibilitar el tratamiento intensivo y la pronta mejoría, aunque en ocasiones este internamiento puede llegar a prolongarse por meses e incluso años.

El internamiento suele aplicarse en casos de trastornos generalizados del desarrollo, esquizofrenia, trastornos depresivos severos, trastornos bipolares, cuadros graves de trastornos de ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria (anorexia nerviosa o bulimia) y otros cuadros que por su intensidad requieran de una intervención de este tipo.

Señala la OMS (2002), que una de cada cuatro personas, es decir el 25% de la población, sufre o ha sufrido en algún momento de la vida de al menos un trastorno mental, y que los problemas de salud mental constituyen cinco de las diez principales causas de discapacidad en el mundo. Esto implica que la atención en salud mental a nivel mundial debería ser una prioridad para los Estados, aunque la realidad indica lo contrario. Un estudio realizado por la OMS en el año 2000-2001 sobre los recursos de los países en el ámbito de la salud mental puso de manifiesto la siguiente realidad:

- El 41% de los países no tiene definida una política de salud mental.
- El 25% carece de legislación en la materia.
- El 28% no dispone de un presupuesto independiente para salud mental. Entre los países que informaron tenerlo, el 36% destina a esta área menos del 1% de su presupuesto total de salud.
- El 37% carece de establecimientos de atención comunitaria en salud mental.
- En más del 25% de los países, los centros de atención primaria no tienen acceso a medicamentos psiquiátricos esenciales.
- En más del 27% no hay ningún sistema para recoger y comunicar información relativa a la salud mental.
- Alrededor del 65% de las camas destinadas a la atención de salud mental se encuentra en hospitales psiquiátricos autónomos.
- El 70% de la población mundial dispone de menos de un psiquiatra por cada 100.000 personas. (OMS, 2002)

Es evidente que la atención en salud mental en general, y particularmente de las personas con trastornos mentales severos, ha sido relegada al último lugar de las prioridades estatales en materia sanitaria, lo que convierte a este grupo de personas en doblemente vulnerables: ante la enfermedad y ante la sociedad.

Para intentar contextualizar esta realidad en nuestro país, a continuación se presentarán las principales características de la enfermedad mental en Costa Rica.

2.2. Enfermedad mental en Costa Rica

Como se mencionó anteriormente, la incidencia de enfermedades mentales en el mundo es considerablemente alta. Ante este fenómeno, Costa Rica no ha sido la excepción.

En el año 2004, la OPS y el Ministerio de Salud detallaron la situación de la salud mental en Costa Rica. Según este informe, aunque en nuestro país no existen estudios epidemiológicos recientes se cree que los trastornos mentales se han incrementado en función de las variaciones ocurridas en el perfil demográfico y los cambios sociales, económicos y culturales que han tenido un importante impacto en la sociedad costarricense actual.

Según datos de los servicios de consulta externa de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), en el año 2002 el 3,68% de las consultas brindadas por las diferentes entidades de la CCSS se refirió a diagnósticos relacionados con trastornos mentales. De este porcentaje, las neurosis (0,23%) y otro tipo de trastornos mentales (2,43%) fueron los diagnósticos más frecuentes. Las psicosis representaron también un porcentaje alto de la consulta (0,23%), más que el alcoholismo o la dependencia y abuso de drogas (0,07% y 0,12% respectivamente) (Ministerio de Salud, OPS, 2004).

Al comparar los datos del 2002 con encuestas anteriores, se denota que desde 1987 la proporción de consultas psiquiátricas respecto al total de consultas generales en los servicios estatales de salud se ha mantenido estable, presentando valores alrededor del 4% (4,97% en 1987; 3,98% en 1992; 3,70% en 1997; 3,86% en 2002).

Al analizar datos sobre egresos hospitalarios psiquiátricos en comparación con el total de los egresos ocurridos en el año, se aprecia que en el año 1987 éstos ascendían a un 3,05%, mientras que en el 2002 se redujeron a un 2,02%. El desglose por trastornos específicos denota que la psicosis esquizofrénica alcanzó un 0,88% de los egresos en 1987, pero sólo un 0,27% en el 2002 (Ministerio de Salud, OPS, 2004). Las diferencias entre estos datos y los de la consulta externa se relacionan con las características innatas de las enfermedades mentales y con los requisitos de gravedad que deben existir para que un paciente sea internado. Ahora bien, la disminución en las tasas de egresos no necesariamente se asocia a un decrecimiento en la tasa de prevalencia real de la psicosis, por ejemplo, sino que podría reflejar un cambio en las políticas institucionales en el sentido de una mayor oferta de servicios extrahospitalarios especializados que hagan innecesario el internamiento.

Con respecto a los trastornos específicos que afectan a los costarricenses, la siguiente tabla muestra algunos datos importantes.

Tabla 1. Trastornos mentales y sus características en el país.

Trastorno	Características en el país
Trastornos depresivos	Desde 1987 es el segundo diagnóstico más frecuente entre los egresos hospitalarios psiquiátricos. En el 2001 constituyeron el segundo lugar de causa de incapacidad laboral entre funcionarios de la CCSS, el primer lugar entre los problemas mentales de adultos asistidos en los consultorios externos de la CCSS y el segundo lugar entre las atenciones psiquiátricas brindadas en las salas de emergencia. Es más comúnmente diagnosticada en las mujeres que en los hombres. Según las estadísticas del Hospital Nacional Psiquiátrico para mayo de 2002, la depresión fue la segunda causa de consulta en el servicio de psiquiatría infantil y de adolescentes (16,5%).
Esquizofrenia	La tasa de prevalencia estimada en la población costarricense es de 1,56%. En estudios realizados en 1987, 1992 y 1997, aparecen las psicosis como la primera causa de egreso hospitalario por trastornos mentales de la Caja, y dentro de éstas está la esquizofrenia. Es más frecuente en hombres, casi el doble que en las mujeres. En el 2001, los trastornos psicóticos alcanzaron el 10,7% de los egresos hospitalarios en la población infantil y adolescente.
Trastornos de ansiedad	Según estudios de Recursos Humanos de la CCSS, en el 2001 constituyeron el quinto lugar de causa de incapacidad laboral entre empleados de la institución. Según las estadísticas del Hospital Nacional Psiquiátrico para mayo de 2002, los trastornos de ansiedad correspondieron al 9,41% de las consultas al servicio de psiquiatría infantil y de adolescentes.
Suicidios	En el año 2002 la tasa de suicidios en Costa Rica fue de 6,6 suicidios por 100.000 habitantes. El segmento poblacional más afectado fue el grupo de edad entre 20 y 39 años. En ese mismo año el 88,2% de las muertes ocurrió en los hombres y el 11,8% en mujeres. La razón es de 6:1. Los agricultores, desocupados, comerciantes, guardas y domésticas figuraron como los más afectados.
Farmacodependencia	En el 2000 la edad promedio de inicio de consumo de bebidas alcohólicas fue de 17,26 años. La tasa de prevalencia es del 54,3%. La edad de inicio del consumo de tabaco en ese mismo año fue entre los 13 y 15 años (65,7%). La tasa de prevalencia de vida del consumo de marihuana en la población de 12 a 70 años en el 2000 fue de 5,5%. La edad promedio de inicio del consumo fue de 17, años. La tasa de prevalencia de vida del consumo de cocaína en la población de 12 a 70 años en el 2000 fue de 1,7%, y la de crack de 0,7%.

Fuente: Datos de Ministerio de Salud y OPS, 2004.

Ahora bien, la Caja Costarricense del Seguro Social es la encargada de la atención de la salud mental, mediante su dependencia especializada, el Departamento de Salud Mental.

El Departamento de Salud Mental de la CCSS, dependencia de la Dirección Técnica de Servicios de Salud, coordina las actividades de su competencia a nivel nacional mediante un programa orientado a la asistencia y rehabilitación del paciente mental y al desarrollo de acciones de prevención y promoción en las comunidades. En la actualidad la mayoría de las acciones están dirigidas primordialmente a la atención psiquiátrica pero el plan de trabajo vigente incluye además el despliegue de acciones de promoción de la salud mental en el nivel comunitario mediante programas integrados (Ministerio de Salud y OPS, 2004, p. 31).

La Caja contaba en el 2004 con 74 psiquiatras, 83 psicólogos, 76 trabajadoras sociales y 46 enfermeras especializadas en salud mental y psiquiatría, quienes trabajan en 36 centros asistenciales. Al estar dirigidas las actividades primordialmente a la atención psiquiátrica, estos recursos humanos se encuentran concentrados en centros hospitalarios especializados, como el Hospital Nacional Psiquiátrico, el Hospital Chacón Paut, y los servicios de psiquiatría del Hospital Calderón Guardia y del Hospital Nacional de Niños. El mayor problema que esto representa es que la atención de problemas mentales a nivel primario resulta insuficiente, provocando una saturación de los servicios o la negación de la atención rápida y oportuna a un sector importante de la población. Esta situación se agrava si tomamos en cuenta que en el 2004 el Hospital Nacional Psiquiátrico sólo disponía de 811 camas, el Hospital Chacón Paut de 185, y el servicio de psiquiatría del Hospital Calderón Guardia de 12. En el caso del Hospital Nacional de Niños, cuando se requiere internamiento se hace en el área de pediatría general y éste debe estar justificado con fines de evaluación o para iniciar el tratamiento (Ministerio de Salud y OPS, 2004).

Actualmente, la Política Nacional de Salud 2002-2006 y la Agenda Sanitaria Concertada 2002-2006 (todavía vigentes a la fecha) plantean acciones específicas para incorporar la salud mental en todos los programas de atención de la salud que funcionan en el país (Ministerio de Salud y OPS, 2004). No existe evidencia de que dicha iniciativa haya sido alcanzada.

Los datos anteriores dejan ver que en Costa Rica “la prioridad asignada a la atención de la salud mental en los últimos años no es del todo congruente con la magnitud de los problemas y la carga que ellos significan para el país” (Ministerio de Salud y OPS, 2004, p. 43). Esto va en detrimento de los derechos humanos de las personas con enfermedades mentales, pues la falta de una atención adecuada les impide mejorar su calidad de vida.

A la precariedad de esta situación aún hay que sumarle otro aspecto, pues uno de los más graves problemas que enfrentan las personas con enfermedades mentales en nuestro país, y en el mundo entero, es la estigmatización y la discriminación. Como lo afirma el informe del Ministerio de Salud y OPS (2004),

Habitualmente las personas que sufren o han sufrido trastornos mentales de importancia son objeto, abierta o solapadamente, de distanciamiento, rechazo social y son motivo de escarnio; tienen grandes dificultades para encontrar trabajo, ser aceptadas como pareja, participar en los deportes y con frecuencia se ven atropelladas en sus derechos, no sólo en el ambiente cotidiano sino en comercios, oficinas públicas y en algunos casos, en centros de salud (p.26).

Es en este último contexto que la situación parece ser más preocupante, pues cuando la discriminación ocurre en los centros de salud, deja absolutamente desprotegidos a los

pacientes, quienes acuden a estas instancias en busca de una ayuda que no pueden recibir afuera.

Comenta Arboleda-Florez (s.f.), que al paciente mental se le considera desprovisto de su capacidad de raciocinio y por tanto la sociedad ha otorgado a la psiquiatría y las instituciones psiquiátricas la autoridad, incluso en ocasiones de por vida, sobre la persona, los bienes y la libertad del paciente mental.

Ante esta desprotección, las autoridades internacionales de derechos humanos han llamado la atención y creado una serie de instrumentos que protegen los derechos de este grupo. A continuación se estudiarán los principales instrumentos de este tipo y los derechos de los que son titulares las personas con enfermedades mentales.

CAPÍTULO 3

DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES

3.1. Derechos consagrados en los instrumentos internacionales de protección de los derechos humanos

Existen una serie de principios de protección de los derechos humanos de los pacientes con enfermedades mentales que han sido desarrollados en los últimos años para promover el respeto de su dignidad y la atención adecuada.

Ante todo, debe recordarse que la condición de paciente con un trastorno mental no exime a quien lo padece de su condición de ser humano ni de la dignidad inherente a él, ni a quien lo atiende de su obligación de respetar todos sus derechos fundamentales aún y cuando el paciente se encuentre incapacitado para exigirlos. Vale la pena resaltar, a propósito del carácter irrenunciable de la dignidad humana en estos pacientes, que el mismo Manual Diagnóstico de la American Psychiatric Association (DSM-IV), ha dejado de referirse a los pacientes como “esquizofrénicos” o “bipolares” o “alcohólicos”, y ha adoptado un lenguaje mucho más respetuoso y menos estigmatizante al referirse a ellos como “un individuo con esquizofrenia”, o “una persona con trastorno bipolar”. La American Psychiatric Association ha hecho la aclaración de que su manual no clasifica personas sino trastornos, coincidiendo así con la idea de que no deben existir “categorías” o “clases” de seres humanos, sino sólo personas iguales entre sí en dignidad y derechos pero con características distintas que les diferencian.

Las personas con enfermedades mentales gozan de todos los derechos humanos (civiles, políticos, económicos, sociales y culturales) que el resto de las personas que no padecen este tipo de trastornos, derechos que deben ser aplicados sin discriminación alguna, incluyendo discriminación por condición de salud.

La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (OEA, 1948) establece en su preámbulo: “Todos los hombres nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están por naturaleza de razón y conciencia, deben conducirse fraternalmente los unos con los otros”. Lo mismo reconoce la Declaración Universal de Derechos Humanos (ONU, 1948), al considerar en su preámbulo que “la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana”.

Los principales instrumentos de derechos humanos, tanto del sistema universal como del sistema interamericano, reconocen así principios generales para garantizar la dignidad humana. En la siguiente tabla podemos encontrar algunos de estos derechos que comparten los enfermos mentales con el resto de la población general, y a los que deben tener acceso a pesar de su condición de salud.

Tabla 2. Derechos reconocidos en los principales instrumentos de derechos humanos del sistema universal e interamericano que deben ser especialmente observados en el caso de personas con enfermedades mentales.

Derecho	Instrumento que lo protege	Artículo
Vida	Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre (1948)	Art. 1. Todo ser humano tiene derecho a la vida, a la libertad, a la seguridad e integridad de su persona.
	Convención Americana de Derechos Humanos (1969)	Art. 4.1. Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente.
	Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966)	Art. 6.1. El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Este derecho estará protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente.
Igualdad	Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre (1948)	Art. 2. Todas las personas son iguales ante la Ley y tiene los derechos y deberes consagrados en esta declaración sin distinción de raza, sexo, idioma, credo ni otra alguna.
	Declaración Universal de Derechos Humanos (1948)	Art. 1. Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.
	Convención Americana de Derechos Humanos (1969)	Art. 24. Todas las personas son iguales ante la ley. En consecuencia, tienen derecho, sin discriminación, a igual protección de la ley.
	Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966)	Art. 3. Los Estados Partes en el presente Pacto se comprometen a garantizar a hombres y mujeres la igualdad en el goce de todos los derechos civiles y políticos enunciados en el presente Pacto.
	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966)	Art. 3. Los Estados Partes en el presente Pacto se comprometen a asegurar a los hombres y a las mujeres igual título a gozar de todos los derechos económicos, sociales y culturales enunciados en el presente Pacto.
No discriminación	Declaración Universal de Derechos Humanos (1966)	Art. 2. Toda persona tiene los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.
		Art. 7. Todos son iguales ante la ley y tienen, sin distinción, derecho a igual protección de la ley. Todos tienen derecho a igual protección contra toda discriminación que infrinja esta Declaración y contra toda provocación a tal discriminación.
	Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966)	Art. 2.1. Cada uno de los Estados Partes en el presente Pacto se compromete a respetar y a garantizar a todos los individuos que se encuentren en su territorio y estén sujetos a su jurisdicción, los derechos reconocidos en el presente Pacto, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social. Artículo 26. Todas las personas son iguales ante la ley y tienen derecho sin discriminación a igual protección de la ley. A este respecto, la ley prohibirá toda discriminación y garantizará a todas las personas protección igual y efectiva contra cualquier discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.

	Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”, 1988)	Art. 3. Los Estados Partes en el presente Protocolo se comprometen a garantizar el ejercicio de los derechos que en él se enuncian, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.
Derecho a la salud	Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre (1948).	Art. 11. Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad.
	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966)	Art. 12. 1. 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. 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: c) La prevención y tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.
	Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”, 1988)	Art. 10. 1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. 2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados Partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho: a. La atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad; b. La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado; c. ... d. La prevención y tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole; e. La educación de la población sobre la prevención y el tratamiento de los problemas de salud, y f. La satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.
Seguridad social	Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre (1948)	Art. 16. Toda persona tiene derecho a la seguridad social que le proteja contra las consecuencias de la desocupación, de la vejez y de la incapacidad que, proveniente de cualquier otra causa ajena a su voluntad, la imposibilite física o mentalmente para obtener los medios de subsistencia.
	Declaración Universal de Derechos Humanos (1948)	Art. 22. Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.

		Art. 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 y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.
	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966)	Art. 9. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a la seguridad social, incluso al seguro social.
	Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”, 1988)	Art. 9.1. Toda persona tiene derecho a la seguridad social que la proteja contra las consecuencias de la vejez y de la incapacidad que la imposibilite física o mentalmente para obtener los medios para llevar una vida digna y decorosa.
No tratos inhumanos y degradantes	Declaración Americana de Deberes y Derechos del Hombre (1948)	Art. 25. ... Todo individuo que haya sido privado de su libertad (...) Tiene derecho también a un tratamiento humano durante la privación de su libertad.
	Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948)	Art. 5. Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.
	Convención Americana de Derechos Humanos (1969)	Art. 5.2. Nadie debe ser sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. Toda persona privada de libertad será tratada con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano.
	Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966)	Art. 7. Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos. Artículo 10.1. Toda persona privada de libertad será tratada humanamente y con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano.
Protección a la libertad e integridad personal	Declaración Americana de Deberes y Derechos del Hombre (1948)	Art. 1. Todo ser humano tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.
	Declaración Universal de Derechos Humanos (1948)	Art. 3. Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona. Art. 9. Nadie podrá ser arbitrariamente detenido, preso ni desterrado.
	Convención Americana de Derechos Humanos (1969)	Art. 5.1. Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral. Art. 7. 1. Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad personales. 3. Nadie puede ser sometido a detención o encarcelamiento arbitrarios.
	Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966)	Art. 9.1. Todo individuo tiene derecho a la libertad y a la seguridad personales. Nadie podrá ser sometido a detención o prisión arbitrarias. Nadie podrá ser privado de su libertad, salvo por las causas fijadas por ley y con arreglo al procedimiento establecido en ésta.

Fuente: Instrumentos internacionales mencionados.

Al entrar en el campo específico de los derechos de las personas con enfermedades mentales, encontramos que el Protocolo de San Salvador, en su artículo 18 establece lo siguiente:

Toda persona afectada por una disminución de sus capacidades físicas o mentales tiene derecho a recibir una atención especial con el fin de alcanzar el máximo desarrollo de su personalidad. Con tal fin, los Estados Partes se comprometen a adoptar las medidas que sean necesarias para ese propósito y en especial a:

- a. Ejecutar programas específicos destinados a proporcionar a los minusválidos¹ los recursos y el ambiente necesarios para alcanzar ese objetivo, incluidos programas laborales adecuados a sus posibilidades y que deberán ser libremente aceptados por ellos o por sus representantes legales, en su caso;
- b. Proporcionar formación especial a los familiares de los minusválidos a fin de ayudarlos a resolver los problemas de convivencia y convertirlos en agentes activos del desarrollo físico, mental y emocional de éstos;
- c. ...
- d. Estimular la formación de organizaciones sociales en las que los minusválidos puedan desarrollar una vida plena. (Protocolo de San Salvador, OEA, 1988)

Esta es tal vez la referencia más importante encontrada en los principales instrumentos de derechos humanos de carácter general con respecto a este grupo vulnerable. No obstante, tanto el sistema interamericano como el sistema universal han creado instrumentos específicos encaminados a la protección de los derechos de estas personas.

En 1975, la Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas proclamó, en su resolución 3447 (XXX) de 9 de diciembre de 1975, la Declaración de los Derechos de los Impedidos². En esta Declaración el término “impedido” abarcó a “toda persona incapacitada de subvenir por sí misma, en su totalidad o en parte, a las necesidades de una vida individual o social normal a consecuencia de una deficiencia, congénita o no, de sus facultades físicas o mentales” (art. 1, ONU, 1975). Podemos suponer, entonces, que algunas personas con enfermedades mentales severas y/o discapacitantes quedaron amparadas por el término.

En esta Declaración se reconocieron los siguientes derechos del “impedido”:

1. A gozar de todos los derechos enunciados en la Declaración sin excepción, distinción o discriminación (art. 2).
2. A que se respete su dignidad humana (art. 3)
3. A gozar de los mismos derechos que los conciudadanos de su edad (art. 3), incluyendo los derechos civiles y políticos (art. 4).
4. A disfrutar de una vida decorosa, lo más normal y plena posible (arts. 3, 7 y 9).
5. A ser sujeto de medidas destinadas a permitirle lograr la mayor autonomía posible (art. 5)

¹ Aunque el término “minusválidos” se encuentra contemplado en el texto original del Pacto de San Salvador, actualmente este es un término en desuso debido a su carácter peyorativo. La autora únicamente reproduce el texto del Pacto, aún cuando su posición es contraria al uso de la palabra “minusválidos”.

² La autora no comparte la utilización del término “impedidos”, aún y cuando es el término oficial de la Declaración señalada.

6. A recibir atención médica, psicológica y funcional y cualesquiera otros servicios que permitan el máximo aprovechamiento de sus facultades y aptitudes y aceleren el proceso de su integración o reintegración social (art. 6).
7. A la seguridad económica y social (art. 7).
8. A conservar un empleo y ejercer una ocupación (art. 8).
9. A que se tengan en cuenta sus necesidades particulares en todas las etapas de la planificación económica y social (art. 8).
10. A vivir en el seno de su familia o de un hogar que la substituya (art. 9).
11. A participar en todas las actividades sociales, creadoras o recreativas (art. 9).
12. A ser protegido contra toda explotación, reglamentación o trato discriminatorio, abusivo o degradante (art. 10).
13. Derecho a contar con el beneficio de una asistencia letrada jurídica competente cuando sea necesario (art. 11).
14. A que los procesos judiciales a los que deba ser sometido el “impedido” tengan en cuenta plenamente sus condiciones físicas y mentales (art. 11).
15. A ser informados, junto con su familia y su comunidad, de todos los derechos enunciados en la Declaración (art. 13).

Estos derechos reconocidos, sumamente valiosos en su época y vigentes todavía hoy, son el reflejo de la cultura social existente en ese momento sobre las personas con algún tipo de diferencias, como por ejemplo los enfermos mentales o las personas con discapacidades físicas. Éstos eran encerrados y prácticamente desechados por la sociedad como personas “impedidas” para funcionar correctamente, con imposibilidad de desempeñarse en ambientes laborales o familiares normales, personas que habían perdido su valor como seres humanos. El establecimiento de la Declaración de los Impedidos permitió poner de manifiesto el principio de la dignidad humana que no admite discriminaciones de ningún tipo, y sentar así un precedente invaluable para esta población.

Pero tal vez la referencia más importante en el sistema universal de derechos humanos sobre los derechos fundamentales de las personas con enfermedades mentales son los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el mejoramiento de la atención de la Salud Mental, adoptados por la Asamblea General de la ONU en su resolución 46/119 del 19 de diciembre de 1991. Estos Principios fueron la culminación de 14 años de trabajo, iniciados en 1978 cuando la Comisión de Derechos Humanos de Naciones Unidas solicitó a la Subcomisión para la Prevención de la Discriminación y Protección de las Minorías estudiar la cuestión de la protección de aquellas personas detenidas sobre la base de un padecimiento mental. Durante más de una década se discutió el borrador de resolución en el Consejo Económico y Social, hasta que finalmente fue aprobada en el seno de la Asamblea General de la ONU (OMS, 1996).

Los 25 Principios delineados en este documento abarcan libertades fundamentales y derechos básicos (principios 1, 12, 18, 19), protección de menores (principio 2), vida en comunidad (principios 3 y 7), diagnóstico y tratamiento de la enfermedad mental (principios 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11), condiciones de las instituciones psiquiátricas (principios 13, 14, 15, 16 y 24), órganos de supervisión y presentación de quejas (principios 17 y 21), tratamiento especial de los delincuentes (principio 20), y obligaciones de los Estados (principios 22, 23 y 25).

En la siguiente tabla se encontrará una síntesis de los Principios de la ONU, según su ordenamiento temático.

Tabla 3. Síntesis de los Principios de la ONU según ordenamiento temático.

Tema	Principio	Síntesis
Libertades fundamentales y derechos básicos	Principio 1	<i>Libertades fundamentales y derechos básicos.</i> Incluye derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental; al respeto de su dignidad; a la protección contra la explotación económica, sexual o de otra índole, el maltrato físico o de otra índole y el trato degradante; a la no discriminación; a ejercer todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales reconocidos en los instrumentos internacionales en la materia; a no ser despojado arbitrariamente de su capacidad jurídica y a ser escuchado en el proceso de discusión por un tribunal independiente e imparcial establecido por la legislación nacional.
	Principio 12	<i>Información sobre los derechos.</i> Incluye derecho de todo paciente en una institución psiquiátrica a ser informado lo más pronto posible después de su admisión de sus derechos y la forma de ejercerlos. Si el paciente no está en condiciones de comprender dicha información deben ser comunicados a su representante personal, el cuál debe ser designado por el paciente cuando se encuentre en capacidad de hacerlo.
	Principio 18	<i>Garantías procesales.</i> Derecho a designar a un defensor para que le represente en calidad de paciente cuando desee presentar una queja o apelación; a asistencia de un intérprete cuando sea necesario; a presentar un dictamen independiente sobre su estado de salud mental; a poseer copias del expediente del paciente y de todo informe o documento pertinente en un proceso legal; a asistir personalmente a la audiencia y a participar y ser oído en ella; a solicitar la presencia de una determinada persona en la audiencia; a que se tengan en consideración sus deseos con relación a la decisión de si la audiencia o cualquier parte de ella será pública o privada y si podrá informarse públicamente de ella; a tener copia escrita de la decisión tomada en audiencia.
	Principio 19	<i>Acceso a la información.</i> Derecho a acceder a su información relativa a su historial médico y expediente personal que mantenga la institución psiquiátrica; derecho a que toda observación por escrito del paciente o su representante personal sea incorporada en el expediente.
Protección de menores	Principio 2	<i>Protección de menores.</i> Se debe prestar especial atención a la protección de los derechos de los menores con enfermedades mentales.
Vida en comunidad	Principio 3	<i>La vida en comunidad.</i> Derecho a vivir y trabajar en la medida de lo posible en su comunidad.
	Principio 7	<i>Importancia de la comunidad y la cultura.</i> Derecho a ser tratado y atendido en la comunidad de procedencia o al menos (en caso de internamiento) cerca de su hogar o el de familiares o amigos; derecho a retornar a su comunidad lo antes posible; derecho a recibir un tratamiento adecuado a sus antecedentes culturales.
Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad mental	Principio 4	<i>Determinación de una enfermedad mental.</i> Diagnóstico en base a normas médicas aceptadas internacionalmente, libre de tintes políticos, económicos, sociales, culturales, raciales, familiares o religiosos. Un historial de tratamientos o de hospitalización no bastará por sí solo para justificar en el presente o porvenir la determinación de una enfermedad mental. El diagnóstico de enfermedad mental no puede ser utilizado para otros fines que no sean los directamente relacionados con dicha enfermedad o las consecuencias de ésta.
	Principio 5	<i>Examen médico.</i> Derecho a negarse a examen médico cuyo objeto sea determinar el padecimiento de una enfermedad mental, salvo en situaciones previstas por ley.
	Principio 6	<i>Confidencialidad.</i> Derecho a que se trate confidencialmente la información concerniente al paciente.

	Principio 8	<i>Normas de atención.</i> Derecho a recibir atención sanitaria y social acorde a sus necesidades de salud; a ser protegido de cualquier daño, incluida la administración injustificada de medicamentos, malos tratos por parte de otros paciente, el personal u otras personas.
	Principio 9	<i>Tratamiento.</i> Derecho a ser tratado en un ambiente lo menos restrictivo posible y a recibir el tratamiento lo menos restrictivo y alterador posible; el plan de tratamiento debe ser prescrito individualmente, examinado con el paciente, revisado de forma periódica, modificado si es necesario y aplicado por personal calificado; la atención psiquiátrica debe proporcionarse bajos normas éticas pertinentes de los profesionales de salud mental; el tratamiento de cada paciente debe estar destinado a preservar y estimular su independencia personal.
	Principio 10	<i>Medicación.</i> Debe responder a las necesidades fundamentales de salud del paciente y ser administrada sólo con fines terapéuticos y de diagnóstico, no como castigo o para conveniencia de terceros; la medicación debe ser prescrita sólo por personal autorizado por ley.
	Principio 11	<i>Consentimiento para el tratamiento.</i> El paciente debe brindar su consentimiento informado para cualquier tipo de tratamiento. El consentimiento informado es aquel obtenido libremente, sin amenazas ni persuasión indebida, y después de proporcionar al paciente información adecuada y comprensible sobre el tratamiento. El paciente tiene también derecho a negarse al tratamiento o a interrumpirlo. Si el paciente no está en condiciones de dar su consentimiento deberá hacerlo su representante personal. Únicamente cuando sea urgente y necesario para impedir un daño inmediato o inminente al paciente se podrá aplicar un tratamiento sin su consentimiento. Un paciente sometido a restricción o reclusión será mantenido en condiciones dignas y bajo el cuidado y la supervisión inmediata y regular del personal calificado. Nunca podrá aplicarse la esterilización como tratamiento de la enfermedad mental. Prohibiciones y restricciones para procedimientos psicoquirúrgicos u otros tratamientos irreversibles que modifiquen la integridad de la persona, así como para ensayos clínicos o tratamientos experimentales en pacientes que no hayan dado su consentimiento.
Condiciones de las instituciones psiquiátricas	Principio 13	<i>Derechos y condiciones de las instituciones psiquiátricas.</i> Derecho de los pacientes a ser plenamente respetados en cuando a su reconocimiento como persona ante la ley, vida privada, libertad de comunicación y libertad de religión o creencia. El medio ambiente y las condiciones de vida en las instituciones psiquiátricas deben aproximarse lo más posible a las condiciones de vida normales. Derecho del paciente a elegir la clase de trabajo que desee realizar y prohibición del trabajo forzado o explotación.
	Principio 14	<i>Recursos de que deben disponer las instituciones psiquiátricas.</i> Deberán disponer de personal médico y otros profesionales calificados en número suficiente; instalaciones adecuadas para proporcionar a los pacientes la intimidad necesaria y un programa de terapia apropiada y activa; equipo diagnóstico y terapéutico. Las instituciones psiquiátricas deberán ser inspeccionadas con frecuencia por autoridades competentes para garantizar las condiciones de funcionamiento.
	Principio 15	<i>Principios de admisión.</i> Se hará todo lo posible por evitar la admisión involuntaria; en caso de ser inevitable el paciente tendrá derecho a abandonar la institución en cualquier momento a menos que se cumplan los requisitos para que continúe siendo un paciente involuntario.
	Principio 16	<i>Admisión involuntaria.</i> La admisión involuntaria sólo se puede dar en casos en que el médico considere que la enfermedad mental pone en riesgo grave de daño inmediato o inminente para el paciente o terceras personas, o cuando la no atención de la enfermedad puede generar un deterioro considerable de la condición del paciente. Sólo podrá retenerse a un paciente por un periodo breve y sus motivos deben ser comunicados inmediatamente al paciente, al órgano de revisión y al representante personal.

	Principio 24	<i>Alcance de los principios relativos a las instituciones psiquiátricas.</i> Los Principios se aplican a todas las personas que ingresan en una institución psiquiátrica.
Órganos de supervisión y presentación de quejas	Principio 17	<i>El órgano de revisión.</i> Será un órgano judicial u otro órgano independiente e imparcial establecido por ley. Cuando formule sus decisiones deberá contar con el apoyo de al menos un profesional en salud mental calificado e independiente para asesorarle. Se encargarán de la revisión de los casos de internamiento involuntario y esta evaluación deberá hacerse lo más pronto posible después de efectuarse dicha medida. Darán seguimiento periódico a todos los casos de pacientes en esta condición y tendrá la potestad de ordenar que se dé alta a una persona que ya no cumpla con los requisitos para ser considerado paciente involuntario. Las decisiones del órgano de revisión podrán ser apeladas ante un tribunal superior.
	Principio 21	<i>Quejas.</i> Todo paciente o ex paciente tiene derecho a presentar una queja conforme a los procedimientos especificados en la legislación nacional.
Tratamiento especial de los delincuentes con enfermedades mentales	Principio 20	<i>Delincuentes.</i> El principio se refiere a personas privadas de su libertad por condenas o procesos penales que se sospecha o se determina que padecen una enfermedad mental. Deben recibir la mejor atención disponible en materia de salud mental. Son sujetos de aplicación de todos los principios estipulados en este documento. La legislación puede autorizar, basada en un dictamen médico, que sean internadas en una institución psiquiátrica. Los principios relativos al consentimiento informado también se aplican en su caso.
Obligaciones de los Estados	Principio 22	<i>Vigilancia y recursos.</i> Los Estados deben velar para que existan mecanismos adecuados para el cumplimiento de todos los Principios.
	Principio 23	<i>Aplicación.</i> Los Estados deben aplicar los Principios adoptando medidas de carácter legislativo, judicial, administrativo, educativo y de otra índole que revisarán periódicamente. Los Principios deben ser difundidos ampliamente por medios apropiados y dinámicos.
	Principio 25	<i>Mantenimiento de los derechos reconocidos.</i> No se impondrá restricción alguna ni se admite derogación de los derechos de los pacientes en el ámbito internacional y nacional so pretexto de que no están reconocidos en los Principios o que sólo se reconocen parcialmente.

Fuente: Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el mejoramiento de la atención de la Salud Mental, adoptados por la Asamblea General de la ONU en su resolución 46/119 del 19 de diciembre de 1991.

La riqueza de estos Principios reside no sólo en el hecho de que abarcan una gran cantidad de derechos de los pacientes con enfermedades mentales que anteriormente no habían sido contemplados por otros instrumentos en forma específica, sino también en su funcionalidad y facilidad para llevarlos a la práctica. Su importancia se ve reflejada en que, incluso en el Sistema Interamericano de Protección de Derechos Humanos como veremos más adelante, éstos han sido utilizados para la interpretación del principio de dignidad humana y como parámetro para medir el cumplimiento del respeto a los derechos fundamentales de los pacientes con enfermedades mentales.

Los Principios han sido ampliamente difundidos y aceptados e incluso han servido como modelo de legislación en salud mental en muchos países, incluyendo México, Hungría, Costa Rica, Portugal y Australia (Rosenthal y Sundram, 2004). En algunos casos han sido incorporados como parte de su legislación nacional, mientras que en otros, como el de Costa Rica, ha servido de base para el rediseño de políticas públicas en salud mental (Rosenthal y Sundram, 2004).

En el marco de la Organización de Estados Americanos se adoptó en 1999 la Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad, que incluye a los pacientes con enfermedades mentales y les protege, aunque no de forma tan específica como los Principios.

Es importante señalar que esta Convención se refiere específicamente a la prevención y eliminación de la discriminación contra las personas con discapacidad, por lo que no abarca otro tipo de derechos de esta población.

Para efectos de esta Convención, el término “discapacidad” 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” (artículo 1.1, OEA, 1999). A su vez, el término “discriminación” se refiere a:

... toda distinción, exclusión o restricción basada en una discapacidad, antecedente de discapacidad, consecuencia de discapacidad anterior o percepción de una discapacidad presente o pasada, que tenga el efecto o propósito de impedir o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por parte de las personas con discapacidad, de sus derechos humanos y libertades fundamentales. (Artículo 1.2, OEA, 1999)

La Convención establece algunas obligaciones de los Estados Parte, entre las que se encuentran las siguientes:

Artículo III

Para lograr los objetivos de esta Convención, los Estados parte se comprometen a:

1. Adoptar las medidas de carácter legislativo, social, educativo, laboral o de cualquier otra índole, necesarias para eliminar la discriminación contra las personas con discapacidad y propiciar su plena integración en la sociedad, incluidas las que se enumeran a continuación, sin que la lista sea taxativa:

a) 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, tales como el empleo, el transporte, las comunicaciones, la vivienda, la recreación, la educación, el deporte, el acceso a la justicia y los servicios policiales, y las actividades políticas y de administración;

d) Medidas para asegurar que las personas encargadas de aplicar la presente Convención y la legislación interna sobre esta materia, estén capacitados para hacerlo.

2. Trabajar prioritariamente en las siguientes áreas:

a) La prevención de todas las formas de discapacidad prevenibles;

b) La detección temprana e intervención, tratamiento, rehabilitación, educación, formación ocupacional y el suministro de servicios globales para asegurar un nivel óptimo de independencia y de calidad de vida para las personas con discapacidad; y

c) La sensibilización de la población, a través de campañas de educación encaminadas a eliminar prejuicios, estereotipos y otras actitudes que atentan contra el derecho de las personas a ser iguales, propiciando de esta forma el respeto y la convivencia con las personas con discapacidad.

Sobre este artículo resulta importante destacar lo referido en el punto 1.d respecto de la obligación del Estado de capacitar a las personas encargadas de aplicar la Convención y la legislación interna sobre esta materia, porque esto implica no sólo la capacitación de operadores de justicia, sino también del personal médico o asistencial que trabaja directamente con las personas con discapacidad, o en el caso específico de la población estudiada en este trabajo, de las personas con enfermedades mentales.

Por otra parte, el punto 2 de este artículo subraya la importancia de desarrollar acciones en todas las etapas de atención de la discapacidad, siendo que en el caso de la enfermedad mental, esto implica programas de prevención en salud mental, intervención, tratamiento y rehabilitación de los pacientes, y educación de la población general sobre la enfermedad, sus causas y consecuencias. Esta visión holística para la aproximación y abordaje del fenómeno social permite disminuir considerablemente las prácticas discriminatorias y constituye una obligación ineludible de los Estados.

En su artículo IV.2, la Convención establece además como obligación del Estado el colaborar de manera eficiente en la investigación científica y tecnológica y el desarrollo de medios y recursos que permitan mejorar la calidad de vida de los pacientes al promover su independencia, autosuficiencia e integración total en condiciones de igualdad a la sociedad. El fomento de la actividad científica, entonces, constituye un pilar básico para el desarrollo progresivo de los derechos de los pacientes con enfermedades mentales y el Estado no puede obviar su compromiso para con la misma.

La Convención además establece la obligación de los Estados de promover la participación política de las personas con discapacidad en la toma de decisiones sobre sí mismos y el grupo al que pertenecen, especialmente en la elaboración y discusión de políticas públicas que les afecten directa o indirectamente. Así se refleja en el siguiente artículo:

Artículo V

1. Los Estados parte promoverán, en la medida en que sea compatible con sus respectivas legislaciones nacionales, la participación de representantes de organizaciones de personas con discapacidad, organizaciones no gubernamentales que trabajan en este campo o, si no existieren dichas organizaciones, personas con discapacidad, en la elaboración, ejecución y evaluación de medidas y políticas para aplicar la presente Convención.
2. Los Estados parte crearán canales de comunicación eficaces que permitan difundir entre las organizaciones públicas y privadas que trabajan con las personas con discapacidad los avances normativos y jurídicos que se logren para la eliminación de la discriminación contra las personas con discapacidad.

Finalmente la Convención establece como órgano de supervisión de su cumplimiento al Comité para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, y como principal mecanismo de seguimiento a las acciones de los Estados Parte, a la entrega de informes periódicos.

Este instrumento resulta trascendental por su carácter vinculante para todos aquellos países que lo ratifiquen. Por otro lado resulta ser un primer esfuerzo de acercamiento al tema de la

discapacidad y es posible que, en el futuro, pueda fructificar en la definición más específica de distintos tipos de necesidades, como en el caso de las personas con enfermedades mentales.

Como es posible observar, en el ámbito internacional se ha ido avanzando en la definición y regulación de los derechos humanos de las personas con enfermedades mentales. Este avance ha ido de la mano, tal vez peligrosamente, del avance en el reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad. Lo anterior ha provocado que aun existan algunos vacíos importantes en el tratamiento del tema, aunque no se puede negar que se han dado pasos firmes al menos para la visibilización de una problemática antes envuelta en el silencio y los tabúes.

El Estado costarricense se ha visto comprometido en esta tarea de resguardar los derechos de las personas con enfermedades mentales. Las obligaciones derivadas de la ratificación de tratados internacionales de derechos humanos, así como los principales instrumentos legislativos nacionales crean un marco legal que permite la exigencia del respeto a los derechos humanos de esta población. A continuación se estudiarán los derechos humanos de las personas con enfermedades mentales que están garantizados por nuestro ordenamiento jurídico.

3.2. Los derechos humanos de las personas con enfermedades mentales en Costa Rica

La Constitución Política de la República de Costa Rica (1949), es el ente regulador supremo de nuestra legislación nacional. En ella se inscriben las principales obligaciones estatales y los derechos de todas las personas que habitan nuestro territorio.

Siguiendo los principios del derecho internacional de los derechos humanos, la Constitución Política costarricense detalla algunos derechos individuales fundamentales e inviolables, del que son titulares todas las personas sin distinción alguna. En la tabla 4 se enumerarán estos derechos, siguiendo el esquema de la Tabla 2 sobre derechos reconocidos en los principales instrumentos de derechos humanos del sistema universal e interamericano que deben ser especialmente observados en el caso de personas con enfermedades mentales.

Tabla 4. Derechos fundamentales reconocidos en la Constitución Política de la República de Costa Rica (1949).

Derecho	Artículo constitucional
Vida	Artículo 21: La vida humana es inviolable.
Igualdad	Artículo 33: Toda persona es igual ante la ley y no podrá practicarse discriminación alguna contraria a la dignidad humana.
No discriminación	Artículo 33: Toda persona es igual ante la ley y no podrá practicarse discriminación alguna contraria a la dignidad humana.
Derecho a la salud	No se contempla en la Constitución.
Seguridad social	Artículo 51: La familia, como elemento natural y fundamento de la sociedad, tiene derecho a la protección especial del Estado. Igualmente tendrán derecho a esa protección la madre, el niño, el anciano y el enfermo desvalido.
No tratos inhumanos y degradantes	Artículo 40: Nadie será sometido a tratamientos crueles o degradantes ni a penas perpetuas, ni a la pena de confiscación. Toda declaración obtenida por medio de violencia será nula.

Protección a la libertad e integridad personal	Artículo 20: Toda persona es libre en la República, (sic) quien se halle bajo la protección de sus leyes no podrá ser esclavo ni esclava.
	Artículo 48: Toda persona tiene derecho al recurso de hábeas corpus para garantizar su libertad e integridad personales, y al recurso de amparo para mantener o restablecer el goce de los otros derechos consagrados en esta Constitución, así como de los de carácter fundamental establecidos en los instrumentos internacionales sobre derechos humanos, aplicables en la República.

Fuente: Constitución Política de la República de Costa Rica (1949).

Como se observa en la tabla anterior, nuestra Constitución Política posee referencias muy amplias e inespecíficas sobre algunos derechos fundamentales y muy estrechas sobre otros, como en el caso de la prohibición de la tortura sólo para efectos de interrogatorios judiciales. No obstante, esta deficiencia ha sido subsanada por el artículo 7 de la Constitución, según el cual los convenios internacionales ratificados por el país tienen un rango superior a las leyes. La Sala Constitucional ha ido más allá al determinar que en materia de derechos humanos, los convenios internacionales tienen un rango igual a la Constitución. Esto significa que los derechos reconocidos en estos tratados, aún cuando no estén expresamente detallados en las leyes nacionales, son exigibles y justiciables en nuestro país.

Ahora bien, Costa Rica forma parte de la Organización de Naciones Unidas y la Organización de Estados Americanos. Estos órganos supranacionales han establecido una serie de tratados internacionales en materia de derechos humanos que se refieren, de manera específica o no, a los derechos de las personas con enfermedades mentales. Estos instrumentos ya fueron reseñados en el apartado anterior, por lo que a continuación se presentará el estado de ratificación de los mismos por parte del Estado costarricense.

Tabla 5. Estado de ratificación de los instrumentos internacionales de derechos humanos que se refieren a los derechos de las personas con enfermedades mentales.

Organización	Instrumento	Ratificado
ONU	Declaración Universal de Derechos Humanos (1948)	No requiere ratificación
	Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966)	Ratificado 29/11/1968
	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966)	Ratificado 29/11/1968
	Declaración de los derechos de los impedidos (1975)	No requiere ratificación
	Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la Salud Mental (1991)	No requiere ratificación
OEA	Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre (1948)	No requiere ratificación
	Convención Americana de Derechos Humanos (1969)	Ratificado 02/03/1970
	Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ("Protocolo de San Salvador", 1988)	Ratificado 29/09/1999
	Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad (1999).	Ratificado 12/08/1999

Fuente: Datos de las páginas web de la ONU y OEA.

Cabe reiterar que los instrumentos internacionales ratificados por Costa Rica crean al Estado obligaciones internacionales en materia de derechos humanos que está obligado a cumplir. De no hacerlo, se expone a sanciones internacionales en los foros respectivos (Comité de Derechos Humanos de la ONU, y Corte Interamericana de Derechos Humanos de la OEA). Por otro lado, aunque existen instrumentos declarativos que fueron mencionados a pesar de carecer de un carácter vinculante, es importante señalar que estos instrumentos han pasado a formar parte del derecho consuetudinario internacional y por lo tanto, como normas de cumplimiento moralmente obligatorio. En el caso de los Principios de la ONU (1991), éstos han sido adoptados por Costa Rica como el fundamento para el establecimiento de sus políticas públicas en salud mental, con lo que se les otorga un carácter (no legal, sino práctico) de norma básica en el país.

Ahora bien, en el ámbito nacional, nuestra legislación contempla una serie de leyes y reglamentos aplicables a las personas con enfermedades mentales que se encuentran internadas en centros hospitalarios especializados.

La Ley N° 8239 y su reglamento, referente a los Derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados, establece en su artículo 2 los siguientes derechos:

Las personas usuarias de los servicios de salud tienen derecho a lo siguiente:

- a) Recibir información clara, concisa y oportuna, sobre sus derechos y deberes, así como sobre la forma correcta de ejercerlos.
- b) Ser informadas del nombre, los apellidos, el grado profesional y el puesto que desempeña el personal de salud que les brinda atención.
- c) Recibir la información necesaria y, con base en ella, brindar o no su autorización para que les administren un determinado procedimiento o tratamiento médico.
- d) Recibir, sin distinción alguna, un trato digno con respeto, consideración y amabilidad.
- e) Recibir atención médica con la eficiencia y diligencia debidas.
- f) Ser atendidas sin dilación en situaciones de emergencia.
- g) Ser atendidas puntualmente de acuerdo con la cita recibida, salvo situaciones justificadas de caso fortuito o fuerza mayor.
- h) Negarse a que las examinen o les administren tratamiento, salvo en situaciones excepcionales o de emergencia, previstas en otras leyes, en que prevalezcan la salud pública, el bien común y el derecho de terceros.
- i) Obtener el consentimiento de un representante legal cuando sea posible y legalmente pertinente, si el paciente está inconsciente o no puede expresar su voluntad. Si no se dispone de un representante legal y se necesita con urgencia la intervención médica, se debe suponer el consentimiento del paciente, a menos que sea obvio y no quede la menor duda, con base en lo expresado previamente por el paciente o por convicción anterior, de que este rechazaría la intervención en tal situación.
- j) Aceptar o rechazar la proposición para participar en estudios de investigación clínica.
- k) Tener acceso a su expediente clínico y a que se le brinde una copia.
- l) Recibir atención en un ambiente limpio, seguro y cómodo.
- m) Hacer que se respete el carácter confidencial de su historia clínica y de toda la información relativa a su enfermedad salvo cuando, por ley especial, deba darse noticia a las autoridades sanitarias. En casos de docencia, las personas usuarias de los servicios de salud deberán otorgar su consentimiento para que su padecimiento sea analizado.

- n) Disponer, en el momento que lo consideren conveniente, la donación de sus órganos.
- ñ) Presentar reclamos, ante las instancias correspondientes de los servicios de salud, cuando se hayan lesionado sus derechos.
- o) Hacer uso de sus efectos personales durante el internamiento, con sujeción a las reglas del establecimiento y siempre que con ello no se afecten los derechos de otros pacientes.
- p) Recibir una cuenta con el detalle y la explicación de todos los gastos en que se ha incurrido en su tratamiento, en el caso de pacientes no asegurados cuando acudan a consulta en los servicios públicos.

En el caso de los pacientes de hospitales psiquiátricos resultan particularmente importantes los incisos a, c, d, f, h, i, j, k, l, m y ñ, que contemplan derechos también establecidos en los Principios de la ONU (1991) y otros instrumentos internacionales de derechos humanos.

Por su parte, la Ley General de Salud (Ley 5395, de 1973), establece algunos lineamientos relacionados con los pacientes de hospitales psiquiátricos. Los mismos se detallan a continuación.

- En relación con el consentimiento para el tratamiento.

Ninguna persona podrá ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico que implique grave riesgo para su integridad física, su salud o su vida, sin su consentimiento previo o el de la persona llamada a darlo legalmente si estuviere impedido para hacerlo. Se exceptúa de este requisito las intervenciones de urgencia (artículo 22).

Las personas con trastornos emocionales severos así como las personas con dependencia del uso de drogas u otras sustancias, incluidos los alcohólicos, podrán someterse voluntariamente a tratamiento especializado ambulatorio o de internamiento en los servicios de salud y deberán hacerlo cuando lo ordene la autoridad competente, por estimarlo necesario, según los requisitos que los reglamentos pertinentes determinen. (Así reformado por el artículo 74 de la Ley sobre Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad N° 7600 de 2 de mayo de 1996) (artículo 29).

- En relación con el internamiento involuntario.

Cuando la internación de personas con trastornos emocionales severos o deficiencias, toxicómanos y alcohólicos, no es voluntaria ni judicial, deberá ser comunicada por el director del establecimiento al juzgado de familia de su jurisdicción, en forma inmediata y deberá cumplir con las obligaciones y los requisitos de la curatela. (Así reformado por el artículo 74 de la Ley sobre Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad N° 7600 de 2 de mayo de 1996) (artículo 30).

- Sobre la investigación clínica.

Ninguna persona podrá ser objeto de experimentación para la aplicación de medicamentos o técnicas sin ser debidamente informada de la condición experimental de éstos, de los riesgos que corre y sin que medie su consentimiento previo, o el de la persona llamada legalmente a darlo si correspondiere o estuviere impedida para hacerlo (artículo 25).

En ningún caso se permitirá ninguna investigación clínica terapéutica o científica peligrosa para la salud de los seres humanos (artículo 26).

- Sobre la obligación de brindar tratamiento y el impedimento para negarlo en situaciones de peligro para el paciente.

Los padres, depositarios y representantes legales de los menores e incapaces no podrán negar su consentimiento para someter a sus representados a prácticas o tratamientos cuya omisión implique peligro inminente para su vida o impedimento definitivo, según dictamen de dos médicos (artículo 27).

- Sobre la prescripción de medicamentos psicotrópicos.

Salvo con receta médica y para fines terapéuticos o con autorización expresa del Ministerio, queda prohibido el uso personal de sustancias estupefacientes, y de tranquilizantes, estimulantes y alucinógenos, declarados de uso restringido en convenciones internacionales, en leyes o en disposiciones dictadas por el Poder Ejecutivo (artículo 28).

- En relación con los egresos voluntarios o indicados por el personal médico de centros hospitalarios.

Las personas con trastornos emocionales severos, los toxicómanos y los alcohólicos que no se encuentren internados en un hospital por orden judicial, podrán salir del establecimiento de conformidad con las disposiciones reglamentarias pertinentes, por egreso médico o por alta exigida a petición del paciente o de sus familiares, cuando su salida no involucre peligro para la salud o la vida del paciente o de terceros. (Así reformado por el artículo 74 de la Ley sobre Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad N° 7600 de 2 de mayo de 1996) (artículo 31).

Queda prohibido mantener a personas con trastornos emocionales severos y a toxicómanos en establecimientos públicos o privados que no estén autorizados para tal efecto por el Ministerio. (Así reformado por el artículo 74 de la Ley sobre Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad N° 7600 de 2 de mayo de 1996) (artículo 32).

- En relación con el apoyo que se debe brindar a los familiares de los pacientes.

Los familiares de la persona con trastornos emocionales severos o con deficiencia intelectual, física y sensorial o los familiares del toxicómano sometido a tratamiento, podrán requerir atención médico- social de los servicios de salud, con sujeción a las normas reglamentarias para los miembros del hogar del paciente. (Así reformado por el artículo 74 de la Ley sobre Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad N° 7600 de 2 de mayo de 1996) (artículo 33).

Como se ha podido observar a lo largo de este apartado, y según reseña el informe sobre la situación de la salud mental en Costa Rica para el año 2004 (Ministerio de Salud, OPS, 2004),

Salvo las disposiciones generales contenidas en la Constitución y en los códigos y leyes nacionales, Costa Rica no dispone de instrumentos legales actualizados, dirigidos específicamente a la protección de la salud mental de la población, la salvaguarda de los

derechos humanos de los pacientes mentales y la garantía de la atención adecuada y oportuna de las personas afectadas por trastornos mentales y del comportamiento (Ministerio de Salud, OPS, 2004, p. 46).

La realidad en Costa Rica no es muy diferente de lo que ocurre en América Latina en general. A pesar de la ratificación de convenios internacionales en materia de derechos humanos, o de la existencia de legislación que protege (bien o mal) a las personas con enfermedades mentales, las violaciones a los derechos humanos de estas personas ocurren día con día, sin que existan acciones contundentes de los Estados por tratar de erradicar esta práctica.

Como se ha evidenciado en los apartados anteriores las personas con enfermedades mentales son una población que, por su condición de salud, son naturalmente vulnerables y socialmente vulnerabilizados. Aún cuando existe una base legal internacional y nacional que protege sus derechos humanos y reconoce su dignidad, el respeto a los derechos humanos de estas personas por lo general no es incluido dentro de las políticas estatales como una prioridad, siendo que la discriminación y segregación son los métodos más comunes para su tratamiento.

En el siguiente apartado se analizarán algunas de las principales violaciones de los derechos humanos en hospitales psiquiátricos que han sido reportadas por organizaciones no gubernamentales en varios países de América Latina. Además se analizará la jurisprudencia existente en los órganos del Sistema Interamericano en la materia, con el fin de resaltar los pronunciamientos de la Comisión y la Corte Interamericanas de Derechos Humanos, cuya competencia ha sido reconocida por nuestro país.

CAPÍTULO 4

LA REALIDAD EN AMÉRICA LATINA

4.1. Violaciones de derechos humanos en hospitales psiquiátricos

En esta sección se detallarán algunas de las principales violaciones de derechos humanos que ocurren en hospitales psiquiátricos y que han sido registradas en distintos países de América Latina. A manera de ejemplo se analizarán los casos de México y Uruguay. La información que se comparará a continuación proviene de los informes desarrollados por Mental Disability Rights International, una organización no gubernamental dedicada a promover el reconocimiento y cumplimiento internacional de los derechos de las personas con discapacidades mentales. La organización, compuesta por abogados y profesionales en salud mental, documenta violaciones a los derechos humanos, apoya la promoción y desarrollo de los derechos de las personas con discapacidad mental en el mundo, asesora a los defensores de estos derechos que buscan reformar el sistema legal y de servicios de salud y promueve la supervisión internacional para dar cumplimiento al derecho internacional de derechos humanos de las personas con discapacidad mental alrededor del mundo. Sus informes se basan en visitas de investigación a las instalaciones de los hospitales psiquiátricos a fin de realizar un monitoreo de derechos humanos y vigilar la aplicación de la normativa internacional en la materia.

Lamentablemente, la situación encontrada partir de los monitoreos en estudio fue muy similar, existiendo violaciones reiteradas de los derechos humanos de los pacientes en instalaciones psiquiátricas a pesar de la distancia geográfica o la solidez democrática de estos países.

Discriminación y segregación

En México las instituciones psiquiátricas son conocidas como “granjas”, y eso deja entrever la estigmatización de la que son víctimas quienes viven allí.

Como se verá más adelante, esta población es altamente discriminada y segregada. Los países en análisis no cuentan con sistemas de salud mental que respondan a sus necesidades o respeten sus derechos fundamentales, y el tratamiento al que son sometidos los encierra y excluye de la sociedad, impidiendo luego su reinserción.

En Uruguay, los pacientes con orientación homosexual son excluidos de programas de atención externa para evitar problemas con las comunidades, por lo que permanecen hospitalizados por espacios prolongados de tiempo innecesariamente. Estas personas son víctimas de una doble discriminación por su condición de salud y su orientación sexual.

Como veremos más adelante, el abandono en que viven los pacientes y las condiciones infrahumanas de atención son una muestra clara de la discriminación de que son objeto, y del irrespeto a su dignidad como seres humanos.

La hospitalización involuntaria: una violación al derecho a la libertad personal

Como se describió en un apartado anterior, la detención arbitraria está prohibida en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966), la Convención Americana de Derechos Humanos (1969), la Declaración Americana de Deberes y Derechos del Hombre (1948), la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) y los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y el mejoramiento de la atención de la Salud Mental (1991).

La hospitalización injustificada de personas que son capaces de vivir en comunidad conlleva la pérdida del funcionamiento social y viola el Art. 10.1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el cual establece que *“Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”*.

Una de las principales problemáticas de los hospitales psiquiátricos es el internamiento involuntario de “pacientes sociales” o personas “abandonadas”. El caso de Uruguay es claro al respecto, pues aproximadamente la mitad o dos tercios de la población internada en los establecimientos del sistema de salud mental son personas que no tienen ninguna necesidad de hospitalización.

Los denominados “pacientes sociales” son personas que no padecen de ninguna enfermedad mental pero que están detenidas en este tipo de instituciones porque son indigentes o no tienen ningún otro lugar donde ir. Los hospitales psiquiátricos son su sentencia en caso de cometer crímenes insignificantes, por alcoholismo, epilepsia, vejez o retardo mental.

Especialmente para las personas que sufren de retardo mental, las instituciones psiquiátricas en Uruguay son particularmente inapropiadas y dañinas, pues los pacientes no reciben servicios de acuerdo a sus necesidades especiales.

En el caso de las personas que cometen crímenes insignificantes, su permanencia en el hospital suele ser mucho más prolongada de lo que sería una condena penal en el sistema penitenciario regular por un hecho similar, violentando su derecho a la libertad personal. Es importante hacer notar que estas personas no necesariamente tienen padecimientos mentales que ameriten internamiento, pero los oficiales de salud mental no pueden liberarlos sin una orden judicial, lo cuál alarga tanto el proceso que incluso su internamiento podría convertirse en permanente. Esta situación se repite en México en similares proporciones.

Otra violación severa es el internamiento involuntario de pacientes que no cumple con los requisitos establecidos en los *Principios* de la ONU.

Según el Principio 16:

La admisión involuntaria sólo se puede dar en casos en que el médico considere que la enfermedad mental pone en riesgo grave de daño inmediato o inminente para el paciente o terceras personas, o cuando la no atención de la enfermedad puede generar un deterioro considerable de la condición del paciente. Sólo podrá retenerse a un paciente por un periodo

breve y sus motivos deben ser comunicados inmediatamente al paciente, al órgano de revisión y al representante personal.

La ley uruguaya permite el internamiento involuntario sólo con una certificación médica. Si bien es cierto se requiere del consentimiento del director de la institución, dos médicos y un pariente, no es necesario que el paciente sea peligroso o tenga necesidad de tratamiento psiquiátrico. El único criterio de este confinamiento es la constancia médica de que se ha encontrado “enfermedad mental”, término tan amplio que podría ser aplicado a casi cualquier persona.

Para la admisión involuntaria debe existir un guardián legal del paciente que se encargue de velar por su bienestar y sus intereses. El Principio 17 establece también que el paciente tiene derecho a pedir una revisión de su caso ante un órgano judicial u otro órgano independiente e imparcial establecido por la ley.

Contrario a esto, la legislación uruguaya no contempla el derecho a una revisión independiente y periódica del internamiento involuntario, o el derecho a tener un abogado en los procedimientos de internamiento, como se establece en los Principios de la ONU.

El caso de México es muy similar. Su legislación exige la “notificación judicial” de la detención arbitraria, pero no requiere ninguna revisión judicial o cualquier otro tipo de revisión independiente de la decisión de proceder a la admisión involuntaria de una persona por motivo de enfermedad mental. La decisión de detener a alguien es discreción del personal de la institución, así como la revisión periódica de su diagnóstico.

En el caso mexicano, una vez que se admite una persona en la institución el director de la misma puede ser designado “representante personal” o “tutor” del paciente y actuar en su nombre. No existe ningún intermediario independiente que vele por los intereses del paciente en caso de que éstos difieran con los intereses institucionales. Lo mismo ocurre en Kosovo, en donde el director de la institución se convierte en el tutor legal *de facto*, pues ni siquiera hay un proceso legal establecido para tal designación.

De una manera u otra, los pacientes pasan a ser “propiedad” de la institución, sin posibilidad de que sus reclamos sean escuchados o atendidos, ni posibilidad de cambiar su situación de internamiento. Esto viola a todas luces el derecho a la libertad personal.

Anulación de la condición de ciudadanos

Como consecuencia del internamiento involuntario y la asignación arbitraria de un tutor legal, muchos de los pacientes con enfermedades mentales pierden su condición de ciudadanos y pasan a ser una “posesión” del Estado o de la institución que los acoge, irrespetándose sus derechos humanos sin ningún tipo de regulación externa.

Los *Principios* de la ONU establecen como un derecho de los pacientes con enfermedades mentales que existan procedimientos definidos para el establecimiento de quejas o denuncias por parte de los pacientes o ex pacientes de los centros de internamiento. Esta es una medida

para el reconocimiento de los derechos humanos que toda persona posee por su sola condición de existir.

En Uruguay, no existe un sistema de protección de los derechos de los pacientes dentro de las instituciones psiquiátricas. Las decisiones importantes relacionadas con sus derechos son tomadas a discreción de los administradores sin ningún tipo de supervisión o protocolo.

Tampoco existe una práctica institucionalizada de consentimiento informado ni supervisión sobre el cumplimiento de éste. Los procedimientos terapéuticos se realizan sin consentimiento ni del paciente ni de sus familiares o representantes legales. Los pacientes no son informados de sus derechos y no existen mecanismos para presentar quejas ni para investigar presuntos abusos o violaciones.

Incluso se ha reportado que a las mujeres internas no se les provee de métodos anticonceptivos y cuando nace un bebé y no hay familia afuera que lo pueda acoger éste es puesto en el sistema de adopciones nacionales sin que la madre conozca los procedimientos necesarios para recuperarlo a su salida del centro hospitalario.

La única vigilancia independiente de las instituciones psiquiátricas en Uruguay es el denominado “Inspector General de Psicópatas”, término de por sí empleado de manera ambigua, estigmatizante y errónea. Los pacientes no tienen derecho a participar de las revisiones a la institución, pues éstas son secretas y pueden incluso basarse en una conversación telefónica entre el inspector y el director de la institución.

En México la situación no es muy distinta. El representante personal del paciente goza de un control casi absoluto sobre su vida, y como vimos, éste suele ser el director del hospital. Al no existir un proceso independiente de revisión y defensa de sus derechos, muchos pacientes pierden casi toda posibilidad de tomar decisiones autónomas. No hay forma de protegerse contra el abuso, pues su representante legal es parte de la institución.

Conforme a los Principios de Salud Mental, los enfermos mentales conservan los mismos derechos que todo ciudadano, entre ellos el derecho a tomar decisiones fundamentales sobre su propia vida. Por lo tanto, la representación personal no debe ser plena sino que debe ser limitada por una autoridad independiente después de una audiencia en la que se determine que algún aspecto específico del juicio de la persona esté impedido a tal grado que existe un riesgo para su salud o seguridad (MDRI, 2000).

Lamentablemente en la práctica de estos países no sucede según los Principios de Salud Mental.

Instalaciones físicas inadecuadas

La calidad de vida de los pacientes depende en gran medida de las condiciones físicas de las instituciones en las que viven, y esto está directamente relacionado con el respeto a su dignidad como seres humanos.

En los países en estudio las condiciones físicas de las instituciones psiquiátricas por lo general atentan contra la dignidad y privacidad de sus residentes. Muchas de las instituciones incluso presentan condiciones antihigiénicas graves en las que deben vivir los pacientes, como sanitarios que se desbordan constantemente (cuando existen) o falta de camas y/o colchonetas que obligan a los pacientes a dormir directamente en el suelo.

En la inspección realizada en México en 1999, las condiciones de vida de los pacientes eran insalubres dado el alto grado de suciedad, prácticas de tratamiento antihigiénicas, falta de atención médica y dental adecuada, y escasez de ropa y cobijas. Incluso se reportaron casos en los que los pacientes no contaban con servicios sanitarios donde orinar o defecar y debían hacerlo en el piso donde dormían y caminaban.

Las condiciones físicas deplorables de los lugares de internamiento conllevan al desarrollo de otro tipo de enfermedades en los internos que tampoco son atendidas. El abandono total de los pacientes impide su correcta recuperación y esto genera un círculo vicioso que implica la hospitalización casi vitalicia de estas personas.

Tratamiento inadecuado o insuficiente

La falta de instalaciones físicas inadecuadas no es el único problema de violación de derechos humanos que impide que estos pacientes tengan una calidad de vida de acuerdo al principio de dignidad de la persona. La falta de tratamientos adecuados para la superación de sus crisis es un grave problema en Uruguay y México.

Es una constante que en estas instituciones el tratamiento psiquiátrico se limita casi exclusivamente a las terapias somáticas, como la medicación psicotrópica y la terapia electroconvulsiva (TEC). Las posibilidades de acceder a psicoterapia o terapias ocupacionales, por ejemplo, son casi nulas. Los pacientes permanecen la mayor parte del día en total inactividad, lo que provoca la pérdida de sus habilidades sociales y vocacionales.

Los tratamientos no siempre se administran con justificación médica, como en el caso de los pacientes con retardo mental o sin diagnóstico psiquiátrico. En Uruguay se reporta que incluso se les aplica TEC a los pacientes sociales para controlar la “agresividad”, siendo que éste es un tratamiento únicamente recomendado para crisis depresivas severas.

Las autoridades uruguayas reportaron que con frecuencia se utiliza la terapia electroconvulsiva bilateral, la cual es una práctica innecesaria, pues no es más efectiva que la terapia unilateral. La TEC bilateral, además, posee enormes riesgos de pérdida de memoria, máxime cuando el equipo utilizado es anticuado, desactualizado y con graves problemas de mantenimiento.

Por otro lado, es frecuente que los expedientes médicos en estos hospitales no estén completos y no cuenten con diagnósticos específicos. Existe poco personal profesional trabajando en estas instituciones, lo que deriva en un monitoreo inadecuado de los efectos secundarios de los psicotrópicos y convierte a este tratamiento en poco seguro y efectivo.

La situación es aún más grave si se toma en cuenta la existencia de pacientes sociales en estos centros de atención. Para los internos diagnosticados con discapacidades intelectuales no hay tratamiento especializado, capacitación u otro tipo de programas que se ajusten a sus necesidades. Estos pacientes terminan siendo “enfermados” por el sistema y la institucionalización.

La falta de personal en los hospitales psiquiátricos provoca que en ocasiones no se brinde atención médica adecuada ni siquiera en casos que requieren atención médica inmediata por heridas abiertas, o efectos secundarios de los medicamentos psicotrópicos.

Estas condiciones sin duda violan el derecho al disfrute de los niveles máximos de salud mental y física contemplados en los instrumentos internacionales de derechos humanos.

La negación de la dignidad humana: tratos crueles, inhumanos y degradantes

Los tratos crueles, inhumanos y degradantes son uno de los mayores problemas de violación de los derechos humanos de los pacientes internos en las instituciones observadas por MDRI, lo que sin duda es un flagrante violación a su dignidad, el derecho a la vida, a la salud, a la seguridad personal, y a la prohibición contra este tipo de prácticas contenida en los instrumentos internacionales de derechos humanos.

La sola mención de condiciones físicas inadecuadas de los establecimientos, o de la aplicación de un tratamiento inadecuado e insuficiente a los pacientes, ya refiere a la práctica de tratos crueles, inhumanos y degradantes, pues provocan sufrimiento innecesario e injustificado a los pacientes, e incluso puede poner su vida en peligro. Lamentablemente, aún hay que agregar otras prácticas a este apartado.

Se encontró que en la mayoría de las instituciones no hay regulación para el uso de la reclusión o la utilización de restricción física. La reclusión se puede prolongar indefinidamente sin que se requiera de un criterio médico para justificarla, y la práctica de la restricción o sujeción física era aplicada incluso a niños en México, sin ningún tipo de justificación médica o psicológica.

En ocasiones estas medidas son utilizadas para contrarrestar la falta de personal y la imposibilidad de atender adecuadamente a los pacientes.

En Uruguay algunas compañías farmacéuticas reportaron estar haciendo pruebas clínicas para nuevos medicamentos en estas instituciones con el permiso de las autoridades uruguayas. Los pacientes eran, entonces, sujetos de experimentación sin brindar su consentimiento informado.

Poca integración comunitaria

Tal vez lo más difícil y paradójico que deben enfrentar los pacientes de los hospitales psiquiátricos es que no pueden escapar de ellos.

En los países evaluados por MDRI no existen programas de reinserción social y rehabilitación para los pacientes que están en capacidad de volver a integrarse a la comunidad. Los sistemas giran en torno a la institucionalización del paciente, y no de su tratamiento para la posterior reinserción social.

Muchas personas se ven forzadas a permanecer internas en los hospitales psiquiátricos por falta de programas con base comunitaria. Este internamiento forzado no sólo ocurre por la negativa de las autoridades de permitir a los pacientes volver a sus comunidades, sino también por el miedo de los pacientes a retornar a sus comunidades sin programas de apoyo que les faciliten la reinserción.

Esta centralización del sistema de salud mental en el tratamiento basado en la hospitalización, resulta en la injustificada, innecesaria y potencialmente dañina institucionalización de personas capaces de llevar una vida segura y trabajar en la comunidad, violando los *Principios* de la ONU, que centran el objetivo del tratamiento en la rehabilitación y reinserción del paciente a su comunidad.

Nuevamente, con este tipo de estructuras, se viola el derecho de este grupo al “disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, consagrado en el artículo 12(1) del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) y de otros instrumentos internacionales.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su Observación General 05, Sección IV (F) clarificó que el artículo 12(1) ‘implica también el derecho a tener acceso a los servicios médicos y sociales...y a beneficiarse de dichos servicios, para que las personas con discapacidad puedan ser autónomas, evitar otras discapacidades y promover su integración social’. Citando el artículo 3 de las Normas Uniformes, el Comité agregó que esas personas deben tener a su disposición servicios de rehabilitación a fin de que logren ‘alcanzar y mantener un nivel óptimo de autonomía y movilidad’ (MDRI, 2000).

Aún cuando en México existen algunas actividades aisladas dentro de los hospitales psiquiátricos que pueden ser beneficiosas para el fortalecimiento de la autonomía personal, resultan infructuosas porque los pacientes no tienen una oportunidad real de ejercer esa autonomía.

Esto significa, que quien ingresa a un hospital psiquiátrico en México o Uruguay, está casi indudablemente sentenciado a vivir en él de por vida, o a ser abandonado a su suerte una vez que es dado de alta.

El análisis hecho por MDRI en los países mencionados es un claro ejemplo de que, aún cuando existe legislación internacional que regula el respeto a los derechos humanos de los pacientes de hospitales psiquiátricos, esta no es siempre atendida. Por otra parte, sus informes

son un claro ejemplo de cómo el monitoreo en derechos humanos es una herramienta útil para detectar e intentar corregir las deficiencias de los sistemas hospitalarios con el fin de mejorar las condiciones de vida de las personas internadas en ellos.

Ahora bien, en algunos casos las condiciones de atención inadecuadas como las mencionadas anteriormente desembocan en denuncias ante los órganos internacionales de protección de derechos humanos. A manera de ejemplo, a continuación se estudiarán los pronunciamientos del Sistema Interamericano de Protección de los Derechos Humanos en la temática, a través del análisis de su jurisprudencia.

4.2. Jurisprudencia del Sistema Interamericano sobre derechos humanos de las personas con enfermedades mentales

Existen pocos casos sobre derechos de los enfermos mentales que hayan sido presentados ante los órganos del Sistema Interamericano de protección de los derechos humanos.

Ante la Comisión Interamericana se han presentado dos denuncias: el caso Víctor Rosario Congo contra Ecuador (caso 11.427), y el caso Damiao Ximenes López contra Brasil (caso 12.237). El segundo es el único caso sobre el tema que ha llegado a la Corte Interamericana de Derechos Humanos y sobre el cuál se ha emitido sentencia.

A continuación se estudiarán ambos casos para conocer los principales pronunciamientos de la Comisión y la Corte sobre los mismos.

Caso Víctor Rosario Congo contra Ecuador

El 9 de noviembre de 1994, la Comisión Ecuménica de Derechos Humanos (CEDHU) presentó una petición contra la República del Ecuador por la violación de la Convención Americana sobre Derechos Humanos en perjuicio del señor Víctor Rosario Congo. El caso fue abierto el 13 de febrero de 1995, tras determinar su admisibilidad en el Informe 12/97 de la Comisión.

El resumen de los hechos se detalla a continuación:

- Víctor Rosario Congo, ecuatoriano, de 48 años de edad, fue sindicado por el Juez Segundo de lo Penal de la Provincia de El Oro por robo y asalto. El 25 de julio de 1990, cuando dichas causas se hallaban en su etapa sumaria, el señor Congo fue recluido en un centro de detención para presos comunes, el Centro de Rehabilitación Social de Machala.
- Existen indicios de que al momento de su encarcelamiento el señor Congo se conducía de un modo que hacía presumir que sufría de algún trastorno mental.
- Aproximadamente el día 12 de septiembre de 1990, el interno fue alojado en una celda de aislamiento.

- El 14 de septiembre de 1990, Víctor Rosario Congo fue agredido por uno de los guías del Centro de Rehabilitación, el señor Walter Osorio. Según el “Informe de Novedades” del Director del Centro de Rehabilitación correspondiente al 29 de septiembre de 1990, Víctor Rosario Congo presentaba un “estado mental deprimido” (se orinaba, defecaba y hablaba solo desde hacía algún tiempo), hecho aprovechado por el guía para irritarlo por medio de gritos y que produjo un “mayor grado de demencia” en el interno. Ante la reacción de Víctor Rosario, el guía Osorio le golpeó en la cabeza con un garrote proporcionándole una herida severa.
- Según el informe de la Comisión, “a pesar de la aparente gravedad de la lesión y de su estado emocional, no consta que el señor Congo haya recibido atención médica. Se le depositó nuevamente en la celda de aislamiento donde, aparentemente, permaneció desnudo y virtualmente incomunicado” (Informe No 63/99, párr. 10).
- El 20 de setiembre de 1990 se solicitó al juez de la causa que se ordenara una evaluación psiquiátrica de Víctor Rosario Congo. La evaluación determinó que el sindicado debía ser declarado inimputable y ser enviado a un centro de atención psiquiátrica. No obstante, la recomendación no fue acatada por el magistrado de la causa.
- El 25 de setiembre, se solicitó al Ministro Fiscal de El Oro acelerar el proceso de traslado y ordenar las investigaciones correspondientes para determinar responsabilidades por la agresión sufrida por Víctor Rosario Congo.
- El 2 de octubre de 1990 se volvió a realizar una evaluación médico legal con el fin de investigar las agresiones perpetradas al Sr. Rosario Congo. El informe emitido por los peritos determinó que la lesión física encontrada en la cabeza del señor Congo se debía a un golpe con un objeto contundente. Por otro lado concluyeron con respecto a su estado mental lo siguiente: “... por los signos observados en el paciente durante el examen médico, la actitud toda se enmarca dentro de los cuadros psiquiátricos de tinte psicótico (locura), cuya etiología puede relacionarse con la experiencia vivencial por la que está atravesando, lo que se enmarcaría dentro de las llamadas psicosis carcelarias o Síndrome de Ganser, la misma que suele mejorar notablemente con el cambio de ambiente por lo que sugerimos su traslado a un centro médico especializado en psiquiatría” (Informe 63/99, párr 15).
- El 8 de octubre de 1990 se inician los trámites para trasladar a la víctima al Centro de Rehabilitación Social de Varones de Guayaquil con el fin de que recibiera la atención médica requerida.
- El 23 de octubre de 1990 se recibe la autorización para trasladarle a otro centro médico, no al solicitado; al día siguiente se realiza el traslado, pero el Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce de la ciudad de Guayaquil rechaza la admisión al paciente. Lo mismo ocurre en el Hospital Luis Vernaza, y es hasta el 25 de octubre de 1990 que es llevado al Centro de Rehabilitación Social de Varones de Guayaquil, a donde ingresó en estado de salud crítica (deshidratación de tercer grado).
- El centro de Rehabilitación solicitó su traslado al servicio de emergencia del Hospital Luis Vernaza, lo que ocurrió a las 12 horas del 25 de octubre de 1990. Víctor Rosario Congo ingresó en condiciones críticas debido al grado de deshidratación y falleció a las pocas horas de haber sido internado. La autopsia indicó que la causa de la muerte fue desnutrición, desequilibrio hidroelectrolítico e insuficiencia cardiorrespiratoria.

- El guía Walter Osorio, quien golpeó a Víctor Rosario Congo, renunció a su cargo poco después del incidente, y el Juez Segundo de lo Penal de El Oro cerró las causas por las cuales se había detenido preventivamente a Víctor Rosario Congo.

Según afirma la Comisión en el párrafo 42 de su informe, Víctor Rosario Congo debe ser considerado como un discapacitado mental, acogiéndose a la definición de las Naciones Unidas, según la cuál una persona con discapacidad es "... aquella que durante el transcurso de su discapacidad es incapaz de manejar su propia persona o sus asuntos y requiere de cuidado, tratamiento o control para su propia protección, la protección de otros o la protección de la comunidad" (Informe No. 63/99, párr. 42).

La Comisión estableció en este caso que el Estado de Ecuador había violado el derecho a la integridad personal de la víctima. Además agregó:

En este caso la persona que, según se alega, fue víctima de violaciones a la integridad física, psíquica y moral, padecía de una discapacidad mental. Por lo tanto, la Comisión considera que en el presente caso las garantías establecidas en el artículo 5 de la Convención Americana deben ser interpretadas a la luz de los *Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental*. Estos principios fueron adoptados por la Asamblea General de la ONU como guía interpretativa en lo que se refiere a la protección de los derechos humanos de las personas con discapacidad mental, consideradas por este órgano como un grupo especialmente vulnerable. (Informe 63/99, párr. 54)

Este criterio de interpretación resulta de trascendental importancia en el contexto regional, pues permite proteger a las personas con enfermedades mentales a través del artículo 5 de la Convención y a la luz de los Principios de la ONU, aún y cuando los Estados no hayan ratificado otros instrumentos regionales específicos de protección para este grupo vulnerable, haciendo posible elevar a la Comisión y la Corte casos relacionados con la violación de sus derechos humanos.

Por otra parte, la Comisión determinó que el artículo 5.2 de la Convención Americana también fue violado en el contexto de la incomunicación y reclusión en aislamiento celular al que fue sometido Víctor Rosario Congo, al constituir éste un tratamiento inhumano y degradante. Su condición de discapacitado mental hace que la violación sea aún más grave en cuanto a la obligación del Estado de proteger la integridad física, psíquica y moral de las personas que se encuentran bajo su jurisdicción.

También se consideró un trato inhumano y degradante y por tanto una violación al derecho a la integridad personal, el no tomar las medidas necesarias para el resguardo de la integridad física, psicológica y moral de la víctima, como por ejemplo proporcionarle atención médica oportuna para el tratamiento de su enfermedad mental y sus padecimientos físicos.

Por otro lado, la Comisión determinó que el Estado incurrió en una violación del derecho a la vida de Víctor Rosario Congo pues, aunque la muerte de la víctima no ocurrió como derivación directa del golpe recibido en la cabeza, sí derivó de la falta de atención y aislamiento sufrido por el mismo durante casi 40 días, por lo que la Comisión alega que el

Estado no tomó las medidas necesarias para la supervivencia del señor Congo (asistencia médica y psicológica, aseo y alimentación, por ejemplo).

Específicamente en el caso de los enfermos mentales, la Comisión consideró que el hecho de que un Estado no cuente con establecimientos especiales para la internación de detenidos que padecen enfermedades mentales, como alegó en este caso el Estado ecuatoriano y como lo exigen las normas internacionales de tratamiento de reclusos con enfermedades mentales, no lo exime del deber de prestar atención médica a las personas que se encuentran bajo su custodia (Informe No. 63/99, párr. 81). Por lo tanto, la violación al derecho a la vida no se da por la muerte intencional del señor Congo, sino por la ausencia de medidas para prevenir su muerte por parte del Estado.

Finalmente, la Comisión determinó que en este caso se violó el derecho a la protección judicial de Víctor Rosario Congo, pues la agresión de la que fue objeto debió haber sido investigada y sancionada de oficio por el Estado, pero nunca lo fue, dejándole en una total desprotección por sus dificultades para asumir su propia defensa o darle seguimiento al proceso.

En su Informe 51/98 del 29 de septiembre de 1998, la Comisión hizo las siguientes recomendaciones al Estado de Ecuador:

- 1) Llevar a cabo una investigación judicial seria, imparcial y pronta con el fin de identificar, juzgar y sancionar a los responsables de las violaciones detalladas en las conclusiones de este informe; 2) adoptar las medidas pertinentes para reparar a los causahabientes de Víctor Rosario Congo; 3) brindar atención médico psiquiátrica a las personas que padecen enfermedades mentales y que se encuentran detenidas en centros penitenciarios; 4) dotar al servicio de salud del sistema penitenciario de especialistas que estén en condiciones de identificar trastornos psiquiátricos que puedan afectar la vida y la integridad física, psíquica y moral de los detenidos. (Informe No. 63/99, párr. 98)

Estas recomendaciones fueron reiteradas en el informe 63/99 ante el incumplimiento del Estado a la fecha de publicación del informe.

El 8 de abril de 1999, la Comisión fue notificada de la conclusión de un acuerdo de cumplimiento del Informe 29/99 entre el Estado ecuatoriano y la representante de la víctima. Conforme a dicho acuerdo, el Estado reconoció su responsabilidad internacional por la violación de los artículos 4, 5(1), 5(2), 25 y 1(1) de la Convención Americana y se obliga a “resarcir los perjuicios ocasionados a la víctima”.

Caso Ximenes Lopes contra Brasil

El caso Ximenes Lopes contra Brasil fue presentado ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y posteriormente ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos. En este análisis nos abocaremos al estudio de la sentencia de la Corte, por ser ésta definitiva y presentar un panorama más completo del proceso y el caso en particular.

La demanda en contra del Estado brasileño se originó en la denuncia No. 12.237 presentada ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos el 22 de noviembre de 1999. La Comisión alegó la violación del derecho a la vida (art. 4), derecho a la integridad personal (art. 5), derecho a las garantías judiciales (art. 8), y a la protección judicial (art. 25), contenidos en la Convención Americana de Derechos Humanos.

Los hechos del caso se refieren a las supuestas condiciones inhumanas o degradantes a las que fue sometido el señor Damiao Ximenes Lopes durante su hospitalización en una institución psiquiátrica. Durante su estancia de tres días en la Casa de Reposo Guararapes, el señor Ximenes recibió golpes y ataques contra su integridad personal por parte de los funcionarios del hospital, y murió allí mientras se encontraba sometido a tratamiento. La Comisión además alegó falta de investigación y garantías judiciales ante los hechos, lo que mantiene en la impunidad a los culpables. La Casa de Reposo Guararapes era un centro psiquiátrico privado que operaba dentro del sistema público de salud de Brasil, denominado Sistema Único de Salud.

El resumen de los hechos probados ante la Corte Interamericana se detalla a continuación:

- El señor Damiao Ximenes Lopes desarrolló durante su juventud una discapacidad mental de origen orgánico proveniente de alteraciones en el funcionamiento cerebral. Esporádicamente presentaba dificultades y necesidades específicas vinculadas a su circunstancia particular.
- En el año 1995 el señor Ximenes Lopes fue internado por primera vez en la Casa de Reposo Guararapes durante un periodo de dos meses. Cuando regresó a su casa presentaba lesiones en sus rodillas y tobillos, lo que justificó indicando que había sido víctima de violencia. La versión de un funcionario de la Casa de Reposo fue que estas lesiones habían sido autoinflingidas al intentar fugarse.
- El 1 de octubre de 1999, la víctima fue internado en la Casa de Reposo por su madre, pues presentaba “problemas de nervios, (...) no quería comer ni dormir” (Caso Ximenes Lopes, Sentencia del 4 de julio de 2006, párr. 112.4) y no estaba tomando su medicamento. Al momento de su internamiento no presentaba señales de agresividad ni lesiones corporales externas.
- Según el historial médico del paciente, el 2 de octubre se mostraba “calmo, desorientado, (...) confuso” (Caso Ximenes Lopes, Sentencia del 4 de julio de 2006, párr. 112.6). Sin embargo no se le suministró ningún tipo de medicamento.
- El 3 de octubre de 1999, Damiao Ximenes Lopes presentó una crisis de agresividad y se mostraba desorientado. Un auxiliar de enfermería y otros dos pacientes le aplicaron contención física causándole una lesión en el rostro. El médico presente le aplicó medicamentos. En horas de la noche la víctima tuvo un nuevo episodio de agresividad, por lo que fue sometido nuevamente a contención física y permaneció así durante toda la noche y la mañana siguiente.
- El 4 de octubre de 1999 la madre de la víctima le visitó en el hospital a las 9 a.m. y lo encontró sangrando, con hematomas, la ropa rota, sucia, oliendo a excremento, con las manos atadas en la espalda, presentaba dificultades para respirar, estaba agonizante y gritaba pidiendo ayuda a la policía. La madre solicitó ayuda al director clínico y médico de la Casa de Reposo, quien no practicó ningún tipo de examen físico a Damiao Ximenes y le prescribió medicamentos, retirándose luego del hospital.

- Damiao Ximenes Lopes falleció el 4 de octubre de 1999 a las 11:30 a.m., aproximadamente dos horas después de ser medicado por el director clínico del hospital y sin ser asistido por ningún otro médico del hospital en el momento de su muerte.
- El director clínico del hospital regresó a las instalaciones al ser notificado de la muerte de la víctima. Examinó el cuerpo, declaró su muerte e hizo constar que el cadáver no presentaba lesiones externas. Determinó la causa de la muerte como un paro cardio-respiratorio. No se ordenó la realización de autopsia.
- El mismo día de su muerte los familiares solicitaron la realización de una autopsia, la cuál fue practicada por el mismo director clínico del hospital psiquiátrico, quien también trabajaba en el Instituto Médico Legal Dr. Walter Porto. La autopsia concluyó que la causa de la muerte era indeterminada.
- A pesar de las denuncias interpuestas por los familiares de la víctima ante la Coordinadora Municipal de Control y Evaluación de la Secretaría de Salud y Asistencia Social, y la Comisión de Ciudadanía y Derechos Humanos de la Asamblea Legislativa del Estado del Ceará, y de la celeridad de las mismas (se interpusieron a los pocos días del hecho) el caso de Damiao Ximenes Lopes permaneció impune. El proceso penal en contra de los presuntos responsables inició el 27 de marzo de 2000 y al momento de la sentencia de la Corte Interamericana aún no se había dictado fallo de primera instancia.

Con respecto al papel del Estado en la supervisión de la calidad de servicios de salud pública la Corte Interamericana indicó lo siguiente:

... la Corte estima que los Estados son responsables de regular y fiscalizar con carácter permanente la prestación de los servicios y la ejecución de los programas nacionales relativos al logro de una prestación de servicios de salud públicos de calidad, de tal manera que disuada cualquier amenaza al derecho a la vida y a la integridad física de las personas sometidas a tratamiento de salud. Deben, *inter alia*, crear mecanismos adecuados para inspeccionar las instituciones psiquiátricas, presentar, investigar y resolver quejas y establecer procedimientos disciplinarios o judiciales apropiados para casos de conducta profesional indebida o de violación de los derechos de los pacientes. (Corte Interamericana de Derechos Humanos, Caso Ximenes Lopes vs. Brasil, Sentencia de 4 de julio de 2006, párr. 99)

Esta estimación de la Corte incorpora los Principios para la protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental de la ONU (1991), reforzando el criterio utilizado por la Comisión Interamericana en el caso Víctor Rosario Congo (Informe No. 63/99, caso 11.427) con respecto a la pertinencia de la aplicación de los mencionados Principios para la interpretación de los derechos de los pacientes mentales aún en el contexto del sistema interamericano.

La Corte además estableció,

La prestación de servicios públicos implica la protección de bienes públicos, la cual es una de las finalidades de los Estados. Si bien los Estados pueden delegar su prestación, a través de la llamada tercerización, mantienen la titularidad de la obligación de proveer los servicios públicos y de proteger el bien público respectivo. La delegación a la iniciativa privada de proveer esos servicios, exige como elemento fundamental la responsabilidad de los Estados en fiscalizar su

ejecución, para garantizar una efectiva protección de los derechos humanos de las personas bajo su jurisdicción y para que los servicios públicos sean provistos a la colectividad sin cualquier tipo de discriminación, y de la forma más efectiva posible. (Corte Interamericana de Derechos Humanos, Caso Ximenes Lopes vs. Brasil, Sentencia de 4 de julio de 2006, párr. 96)

De esta manera la Corte establece la responsabilidad del Estado de velar por los servicios de salud provistos en su territorio, aún y cuando éstos sean brindados por entes privados. Entendemos, claro está, que estos servicios de salud incluyen la atención en salud mental y la vigilancia de los establecimientos públicos y privados que brindan estos servicios.

Ahora bien, la Corte considera que los enfermos mentales son un grupo vulnerable, y como tal, merecen especial protección del Estado.

La Corte Interamericana considera que toda persona que se encuentre en una situación de vulnerabilidad es titular de una protección especial, en razón de los deberes especiales cuyo cumplimiento por parte del Estado es necesario para satisfacer las obligaciones generales de respeto y garantía de los derechos humanos. La Corte reitera que no basta que los Estados se abstengan de violar los derechos, sino que es imperativa la adopción de medidas positivas, determinables en función de las particulares necesidades de protección del sujeto de derecho, ya sea por su condición personal o por la situación específica en que se encuentre, como la discapacidad. (Corte Interamericana de Derechos Humanos, Caso Ximenes Lopes vs. Brasil, Sentencia de 4 de julio de 2006, párr. 103).

Desde esta posición, los Estados no sólo están obligados a no violar los derechos, sino a supervisar las acciones de los entes privados y las personas individuales con respecto a los derechos humanos de las personas con enfermedades mentales, y a tomar una posición activa en la búsqueda y creación de medidas que garanticen la protección del paciente. La situación de vulnerabilidad de las personas con discapacidad, en especial aquellas que viven o son sometidas a tratamientos e instituciones psiquiátricas, requiere de la atención del Estado para evitar que sean víctimas de tortura u otras formas de trato cruel, inhumano o degradante.

La vulnerabilidad intrínseca de las personas con discapacidades mentales es agravada por el alto grado de intimidad que caracteriza los tratamientos de las enfermedades psiquiátricas, que torna a esas personas más susceptibles a tratos abusivos cuando son sometidos a internación. (Corte Interamericana de Derechos Humanos, Caso Ximenes Lopes vs. Brasil, Sentencia de 4 de julio de 2006, párr. 106)

En el caso en estudio, el Estado brasileño reconoció su responsabilidad internacional por la violación de los derechos a la vida e integridad personal. Al respecto la Corte señaló que la finalidad principal de todo tratamiento de salud dirigido a personas con discapacidad mental debe ser el bienestar del paciente y el respeto a su dignidad como ser humano, lo cuál se traduce en el deber del Estado de adoptar el respeto a la intimidad y a la autonomía de las personas como principios orientadores del tratamiento psiquiátrico. La Corte emite un criterio muy específico en cuanto a la autonomía de los pacientes mentales:

El Tribunal reconoce que este último principio no es absoluto, ya que la necesidad misma del paciente puede requerir algunas veces la adopción de medidas sin contar con su consentimiento. No obstante, la discapacidad mental no debe ser entendida como una incapacidad para

determinarse, y debe aplicarse la presunción de que las personas que padecen de ese tipo de discapacidades son capaces de expresar su voluntad, la que debe ser respetada por el personal médico y las autoridades. Cuando sea comprobada la imposibilidad del enfermo para consentir, corresponderá a sus familiares, representantes legales o a la autoridad competente, emitir el consentimiento en relación con el tratamiento a ser empleado. (párr. 130)

Nuevamente el pronunciamiento de la Corte se encuentra a tono con los Principios establecidos por la ONU, y con el respeto a la dignidad de la persona por sobre su condición de salud. La importancia de los Principios es reafirmada nuevamente en el párrafo 131, al nombrarlos como guía para determinar si la atención médica observa o no los cuidados médicos mínimos para preservar la dignidad del paciente.

Específicamente en el caso del uso de la sujeción física para restringir la movilidad de un paciente, la Corte opinó que esta es una de las medidas más agresivas que pueden ser utilizadas en el tratamiento psiquiátrico, que sólo debe ser empleada como medida de último recurso para proteger al paciente, al personal médico o a terceros, y que sólo puede ser llevada a cabo por personal calificado (párr. 134). Además el personal médico debe aplicar el método de sujeción menos restrictivo, después de evaluar su necesidad, por el periodo que sea absolutamente necesario y en condiciones que respeten la dignidad del individuo y minimicen los riesgos de deterioro de su salud (párr. 135). De no cumplirse estas características, este método estaría en contra del artículo 5 de la Convención Americana, que protege la integridad psíquica, física y moral de la persona.

En concordancia con lo anteriormente expresado, la Corte resume las obligaciones del Estado en relación con las personas con discapacidad mental en los deberes de cuidar (atender de manera adecuada a las personas que se encuentran bajo su custodia y cuidado al proveer las condiciones necesarias para desarrollar una vida digna), regular y fiscalizar (la atención en salud tanto privada como pública para garantizar el respeto a los derechos humanos de sus usuarios) e investigar (en caso de violaciones a los derechos humanos de sus habitantes) (párr.137 al 149).

Por lo expuesto anteriormente, la Corte consideró que el Estado había violado los derechos a la vida e integridad personal de Damiao Ximenes Lopes, y sus obligaciones consagradas en el artículo 1.1 de la Convención Americana que implican el respeto absoluto de los derechos contemplados en este instrumento. De la misma forma la Corte condenó al Estado por la violación de los artículos 1.1 (obligación de respetar los derechos), 5 (integridad personal), 8.1 (garantías judiciales) y 25.1 (protección judicial) en perjuicio de los familiares de la víctima.

Como medidas reparatorias la Corte determinó que el Estado debía:

- a. Garantizar, en un plazo razonable, que el proceso tendiente a investigar y sancionar a los responsables de los hechos referidos en el caso surta sus debidos efectos.
- b. Publicar en el Diario Oficial y en otro diario de amplia circulación nacional, por una sola vez, el capítulo de la Sentencia referido a los hechos probados y su parte resolutive.
- c. Continuar desarrollando un programa de formación y capacitación para el personal médico, psiquiátrico, psicológico, de enfermería, auxiliares de enfermería y todas aquellas personas vinculadas con la atención de salud mental, en particular, sobre los

principios que deben regir el trato de las personas que padecen discapacidades mentales, conforme a los estándares internacionales en la materia y los establecidos en la Sentencia.

- d. Pagar a los familiares de la víctima una indemnización por daño material e inmaterial, así como asumir las costas y gastos generados a los familiares de la víctima en el marco del proceso legal en el ámbito interno y en el ámbito internacional ante el sistema interamericano de protección de los derechos humanos (párr. 262.6 al 262.12).

Es importante mencionar que el Estado, en su reconocimiento de responsabilidad por los hechos juzgados tomó otra serie de medidas previas a la sentencia de la Corte para compensar el daño causado. Entre ellas las siguientes:

- Renombró el Centro de Atención Psicosocial de Sobral con el nombre de “Centro de Atención Psicosocial Damiao Ximenes Lopes”.
- Designó la Sala en donde se realizó la Tercera Conferencia de Salud Mental con el nombre Damiao Ximenes Lopes.
- Adoptó internamente una serie de medidas para mejorar las condiciones de la atención psiquiátrica en las diversas instituciones dentro del Sistema Único de Salud, tanto a nivel regional como nacional, que incluyen creación de centros especializados para personas con enfermedades mentales, pronunciamientos de leyes (como la Ley No. 10.216 del año 2001 conocida como “Ley de Reforma Psiquiátrica”), realización de eventos de discusión y especialización en la temática, y la creación o reestructuración de políticas públicas relacionadas con el tratamiento de pacientes con enfermedades mentales (párr. 242 y 243).

La importancia particular que tienen estas medidas asumidas por el Estado de Brasil, residen en la posibilidad de perpetuar el nombre de la víctima y su caso para que éste no vuelva a repetirse jamás. Al mismo tiempo, el reconocimiento de la falta cometida y su posterior abordaje a través de capacitaciones, legislación y otras medidas similares permite abrir un espacio para nuevas prácticas favorables al respeto de los derechos humanos, y deja entrever un importante grado de compromiso del Estado para con estos principios.

CAPÍTULO 5

MONITOREO DE DERECHOS HUMANOS

El monitoreo es “la investigación planificada y sistemática de un fragmento de la realidad social conducida de acuerdo a un esquema predefinido. Al mismo tiempo, el monitoreo es un elemento de acción no violenta cuyo fin es producir un cambio en esa realidad” (Nowicki y Fialova, 2005, p. 17).

Este tipo de estudios presentan algunas diferencias fundamentales con la investigación social clásica. La primera de ellas tiene que ver con su objetivo primordial, el cual es producir un cambio en la situación y no sólo describirla. El monitoreo “es un punto de arranque para acciones futuras orientadas al cambio de las condiciones sociales” (Nowicki y Fialova, 2005, p. 31). Por otra parte, al ser el monitoreo un instrumento de transformación interviene directamente sobre la realidad estudiada; en la investigación social, por el contrario, uno de sus principios fundamentales es evitar esta intervención.

En el monitoreo prevalecen elementos de la investigación cualitativa. Es así como el estudio de casos concretos juega un papel principal; en éste, se estudia a profundidad un evento detallado o la historia de un individuo concreto para obtener datos específicos. Además, la muestra no suele ser representativa de la población total ni es escogida al azar, sino que se limita de manera conciente al grupo que se sospecha está siendo víctima de una violación específica de derechos humanos. Es así como las conclusiones de un estudio de monitoreo no son generalizables, sino aplicables únicamente al o los grupos estudiados.

Un elemento importante de los estudios de monitoreo es la interdisciplinariedad de los equipos de trabajo, con el fin de obtener la información más específica y completa posible. La naturaleza de los y las profesionales que participan en un estudio de esta clase está dada por el tipo de violación de derechos humanos que se pretende investigar. Por ejemplo, en el caso de las violaciones a los derechos humanos de pacientes en hospitales psiquiátricos, es importante contar con abogados que conozcan sobre la legislación vigente y los procedimientos legales pertinentes, psiquiatras que conozcan sobre la medicación y los procedimientos médicos aplicables en cada padecimiento, psicólogos que permitan ampliar la visión sobre el tratamiento y los programas de rehabilitación, personal de enfermería, médicos generales, terapeutas físicos y ocupacionales, por ejemplo.

Como técnica de investigación, el monitoreo incluye los siguientes elementos:

1. Recolección de información sobre la naturaleza y extensión de violaciones a los derechos humanos en un campo específico.
2. Análisis de los datos obtenidos y comparación con las normas establecidas en la legislación nacional e internacional vigente en el país.
3. Identificación de las causas de las violaciones de los derechos humanos y formulación de recomendaciones sobre lo que requiere cambios para mejorar la situación en estudio.
4. Recolección de materiales necesarios para apoyar las acciones futuras con el fin de promover cambios en el sistema (Nowicki y Fialova, 2005).

Como se indicó anteriormente, como principio fundamental el monitoreo en derechos humanos intenta provocar cambio en la realidad social y no sólo describirla o diagnosticarla. La investigación de la situación actual es sólo un paso en un proceso mayor que implica la utilización de resultados para generar modificaciones en un campo específico de la realidad social relativa a la garantía de los derechos humanos.

Es por esto que las funciones que puede cumplir el monitoreo son varias. En primer lugar puede cumplir una función investigativa al permitirnos obtener conocimiento documental sobre la naturaleza y extensión de supuestas violaciones de derechos humanos, así como al permitir identificar vacíos en la legislación que propician estas violaciones. En segundo lugar, el monitoreo puede cumplir una función complementaria, al servir de apoyo a otras acciones tomadas con el fin de producir cambios. En ambos casos, el monitoreo puede permitir la recolección de evidencias y argumentos sólidos que permitan convencer a las autoridades de la necesidad de realizar modificaciones.

Finalmente, el monitoreo de derechos humanos puede cumplir una función preventiva, “pues el mismo hecho de que las autoridades públicas sepan que están siendo observadas e investigadas puede afectar la forma como respetan los derechos humanos” (Nowicki y Fialova, 2005, p. 19). En estos casos más que un monitoreo, se lleva a cabo una observación (por ejemplo las observaciones electorales que llevan a cabo instancias nacionales e internacionales). En muchas ocasiones, los gobiernos realizan cambios importantes en aras de garantizar el respeto a ciertos derechos humanos para evitar la sanción a través de la observación. Cuando esto ocurre, el monitoreo produce cambios directos en la situación actual, pues estos cambios suelen mantenerse en el tiempo.

Es importante señalar que el monitoreo debe realizarse siempre de manera objetiva y profesional, especialmente porque al partir de la presunción de la existencia de una violación de derechos humanos, podría caerse en el error de evaluar parcialmente la realidad monitoreada.

Ahora bien, existen diferentes objetos de estudio que pueden ser monitoreados. Entre ellos se encuentran los siguientes:

- a. La aplicación de una ley particular dentro de un área geográfica específica.
- b. El respeto a los derechos humanos de las minorías sociales (derechos y libertades que se relacionan directamente con las características de un grupo y que lo diferencian del resto de la sociedad).
- c. El respeto a algunos o todos los derechos individuales en ciertas instituciones erradas o abiertas (por ejemplo los centros carcelarios, los centros de desintoxicación o los hospitales psiquiátricos).
- d. El respeto a los derechos humanos de miembros de grupos que entran en relaciones específicas y de largo plazo con instituciones estatales (como los pacientes agudos en hospitales psiquiátricos o las personas privadas de libertad).
- e. La forma en que afecta una ley específica el acatamiento a los derechos humanos (por ejemplo una Ley de Protección de datos personales, o la Ley de Protección de salud mental), o la compatibilidad entre la normativa legal estatal o local, la Constitución Política y la legislación internacional en derechos humanos.

CAPÍTULO 6

GUÍA DE MONITOREO DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES EN HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS

6.1. Aspectos básicos

La guía que se presenta a continuación no pretende ser exhaustiva ni inflexible, sino que por el contrario representa una propuesta que puede ser adaptada de acuerdo a los objetivos de la investigación. La extensión de la guía, el orden de las preguntas, las temáticas abordadas o las personas a entrevistar deben tener correspondencia con el propósito del monitoreo y las condiciones en las que éste se realiza, por lo que las preguntas propuestas en este documento servirán de base para la formulación de guías más específicas.

El cuestionario que se presenta a continuación fue construido intentando operativizar los principales derechos humanos reconocidos en la legislación internacional y nacional relativo a las personas con enfermedades mentales internas en hospitales psiquiátricos. La estructura del cuestionario, no obstante, se orienta al reconocimiento de áreas temáticas que son atravesadas de manera transversal por estos derechos, de manera que no se separen o dividan unos de otros. En las matrices de análisis 1, 2, 3 y 4 que se han incluido en los anexos se podrá observar la relación entre derechos reconocidos por la legislación internacional, derechos reconocidos por la legislación nacional, concordancia de esta legislación con los Principios de la ONU y la operativización de los mismos en preguntas para el monitoreo. Es importante aclarar que todos los ítems, sin excepción, deberán ser corroborados a través de la observación del equipo de monitoreo. Los datos obtenidos a través de las entrevistas deberán ser comparados con lo observado y viceversa, con el fin de obtener un panorama lo más objetivo posible de la realidad.

Debido a la gran variedad de aspectos que podrían ser monitoreados en un hospital psiquiátrico, se recomienda que la guía de monitoreo se estructure en observaciones especializadas (por pabellones, por poblaciones, por derechos, entre otros) y entrevistas individualizadas según las características de las personas a entrevistar. Por ejemplo, se sugiere entrevistar a:

a. Personal administrativo del hospital:

- Director(a) del hospital
- Jefe(a) administrativo
- Encargado(a) de recursos humanos
- Encargado(a) de mantenimiento
- Encargado(a) de proveeduría
- Encargado(a) de estadísticas y archivo
- Asesor(a) legal del hospital

b. Personal de atención del hospital (médicos/as, enfermeras/os, psicólogos/as, auxiliares de pacientes, personal administrativo que trabaja en atención directa, como por ejemplo recepcionistas o secretarías de consultorios, terapeutas ocupacionales, de lenguaje,

físico/as y similares, odontólogos/as, nutricionistas, especialistas médicos/as de áreas distintas a la salud mental, entre otros).

c. Pacientes, expacientes y familiares de pacientes.

Debido a que en ocasiones se podrá tocar un mismo tema con distintos actores de la dinámica hospitalaria (por ejemplo con pacientes y médicos, o con el personal administrativo y el director/a del hospital), es importante que no sólo la entrevista individualizada sea adaptada a las características personales de el o la entrevistada, sino que también la formulación de la pregunta se modifique para facilitar su comprensión y garantizar que la información recibida sea útil.

En el caso de las entrevistas que se deberán realizar a pacientes o expacientes del hospital, resulta trascendental tomar en cuenta las características de sus padecimientos y estado de salud actual, a fin de que la información recolectada no pierda validez. No obstante, las denuncias que los y las pacientes hagan sobre violaciones a sus derechos humanos no deben ser ignoradas, subestimadas o descartadas *a priori*, sino que deberán ser atendidas e investigadas a profundidad.

Con respecto a las entrevistas al personal del hospital, es necesario conocer de antemano la estructura organizacional de la institución para así identificar personas claves que puedan proporcionar la mayor cantidad de información posible. Por otro lado, es posible que el equipo de monitoreo no logre tener acceso a todo el personal hospitalario o a todas las personas que se sugiere entrevistar en la lista anterior. Es importante entonces trabajar con las personas que se encuentren disponibles y echar mano de otro tipo de recursos como la observación participativa, noticias periodísticas, informes de organizaciones no gubernamentales sobre el hospital, o informes de las contralorías de servicios de la institución, entre otros.

Finalmente, se recomienda que el equipo de monitoreo esté compuesto de manera interdisciplinaria, para así lograr una visión lo más integral posible de las condiciones del hospital. El equipo podrá dividirse las tareas de monitoreo, las entrevistas a realizar y las secciones del hospital a visitar, de manera que cada quien pueda aportar desde su campo de experticia para la observación conjunta.

6.2. Estructura de la guía

A. Datos básicos

En esta sección debe consignarse al menos la siguiente información:

- a. Nombre del centro hospitalario:
- b. Dirección física
- c. Región o zona geográfica que atiende el hospital
- d. Número de pabellones, ubicación espacial y capacidad de los mismos
- e. Distribución de los y las pacientes en los pabellones (numérica y diagnóstica)
- f. Área(s) del hospital donde se realizó el monitoreo

- g. Fecha(s) de la(s) visita(s)
- h. Nombre y cargo de las personas entrevistadas

Los datos obtenidos en esta sección pueden ser indicativos de violaciones de derechos humanos de las personas internas, por lo que deben recolectarse de manera exacta y corroborarse a través de todas las entrevistas que se realicen.

B. Aspectos generales del hospital

1. Infraestructura del centro hospitalario e inversión.

Este apartado se relaciona con las condiciones físicas y de capacidad del hospital. Se relaciona con la calidad de vida, el derecho a la salud, a la privacidad, el respeto a la dignidad humana, la prohibición de tratos crueles, inhumanos y degradantes, el derecho a la igualdad y a la no discriminación, entre otros.

Datos a investigar	Persona a quien debe ir dirigida la pregunta*
<i>Sobre la infraestructura general del centro hospitalario</i>	
a. Condiciones del edificio: año de construcción, última renovación, condición de las fachadas, techos, tuberías, sistemas eléctricos, iluminación interior y exterior, agua caliente, servicios sanitarios, condiciones de la cocina, servicio de lavado y otros.	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), encargado(a) de mantenimiento, encargado(a) de proveeduría.
b. Condiciones, apariencia y equipamiento de las habitaciones de los y las pacientes (condiciones físicas del lugar, número de pacientes por habitación, separación hombres y mujeres, camas y espacios para guardar efectos personales individualizados, acceso libre de las personas internas a sus efectos personales, condición de los servicios sanitarios y duchas, entre otros).	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), encargado(a) de mantenimiento, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
c. El hospital cuenta con infraestructura adecuada para la atención integral (consultorios médicos y psicológicos debidamente equipados y acondicionados, salas de terapia ocupacional, salas para terapia grupal, entre otros)	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), encargado(a) de mantenimiento, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
d. Existen espacios físicos adecuados para la socialización de las personas internas (salas comunes, grupos de terapia, etc.)	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
e. Existe infraestructura adecuada para el desarrollo de actividades recreativas para las personas internas (espacios abiertos para caminar o practicar deporte, cuartos de televisión, salas comunes, bibliotecas, espacios para el fumado, entre otros).	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), encargado(a) de mantenimiento, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
f. Cuando el estado de salud de las personas internas no permite la libre circulación por las instalaciones del hospital, cuentan con un área restringida por donde sí pueden circular libremente sin que esto signifique un peligro para sí mismos o para otras personas.	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
g. La infraestructura del hospital ha sido diseñada o adaptada para la adecuada atención de pacientes con enfermedades mentales, incluyendo medidas para garantizar su seguridad personal (pabellones separados para mujeres y hombres, grupos etarios, y patologías; habitaciones especiales con paredes acolchadas cuando se requieren, ventanas confeccionadas con materiales especiales que impiden o dificultan que se quiebren, entre otras medidas).	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), encargado(a) de mantenimiento, personal de atención.

h. Las personas menores de edad internas en el hospital cuentan con medidas terapéuticas y de infraestructura adecuadas a su edad.	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), encargado(a) de mantenimiento, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
i. Las personas menores de edad se encuentran en pabellones aislados de las personas mayores de edad para garantizar su seguridad personal.	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
<i>Necesidades básicas de las personas internas (alimentación, vestimenta, higiene).</i>	
a. Las personas internas poseen acceso a vestimenta apropiada para su permanencia en el hospital. Esta se encuentra en buen estado y es lavada diariamente. Las personas internas disponen de calzado adecuado de forma permanente y abrigo cuando es necesario.	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), encargado(a) de mantenimiento, encargado(a) de proveeduría, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
b. Inversión diaria en comida por persona, número de comidas diarias, valor nutritivo y calidad de las comidas, aplicación de dietas especiales cuando son requeridas, condiciones del lugar donde comen los pacientes, acceso a comidas y bebidas fuera de horario.	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), encargado(a) de mantenimiento, encargado(a) de proveeduría, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
c. Frecuencia con que se cambian las toallas y la ropa de cama; disponibilidad de suministros de baño (jabón, shampoo, papel higiénico, toallas sanitarias, entre otros).	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), encargado(a) de mantenimiento, encargado(a) de proveeduría, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
<i>Seguridad y privacidad de las personas internas y el personal</i>	
a. Se garantiza la privacidad para las personas internas en las habitaciones, servicios sanitarios y duchas.	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), encargado(a) de mantenimiento, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
b. ¿Los exámenes médicos o cuidados de enfermería son realizados en espacios que garantizan la privacidad (consultorios con puertas cerradas, cortinas, etc.)? (derecho a la privacidad)	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
c. La infraestructura del hospital y los procedimientos internos estén diseñados para garantizar la seguridad personal de las personas internas, tanto en lo referente a su relación con el ambiente externo al hospital (evitar la entrada de personas no autorizadas, por ejemplo), como con lo relacionado con la interacción entre pacientes y de éstos con el personal.	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), encargado(a) de mantenimiento, encargado(a) de recursos humanos, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
d. Las condiciones de infraestructura del área donde se encuentran las personas privadas de libertad son similares a las del resto de las personas internas, aunque existan medidas distintas relacionadas con medidas de seguridad de acuerdo a sus características personales.	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), asesor(a) legal del hospital, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
e. Existe infraestructura adecuada para resguardar la seguridad del personal médico, psicológico y de enfermería cuando se presenta una situación de peligro con una persona interna.	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), encargado(a) de recursos humanos, personal de atención.
f. El personal cuenta con equipo técnico que facilita el resguardo de su integridad y seguridad personales (sistemas de alarma, teléfonos, equipos de intercomunicación, entre otros).	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), encargado(a) de recursos humanos, personal de atención.

<i>Inversión y presupuesto</i>	
a. El abastecimiento de medicamentos, suministros desechables, equipo médico y otros es adecuado y responde a la demanda del hospital.	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo, encargado(a) de proveeduría, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
b. Existe un presupuesto asignado para el desarrollo de investigación en salud mental, así como para capacitación y actualización profesional del personal.	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo, encargado(a) de recursos humanos, personal de atención.
c. El hospital cuenta con servicio de emergencias especializado en trastornos mentales pero que también cuenta con otro tipo de especialistas.	Director (a) del hospital, Encargado (a) de Recursos Humanos, personal que atiende a las personas internas.
d. El servicio de emergencias cuenta con equipo y suministros médicos suficientes y adecuados (medicamentos, equipos médicos actualizados, suministros desechables, entre otros).	Director (a) del hospital, Encargado (a) de Recursos Humanos, Encargado (a) de proveeduría, Jefe (a) administrativo (a), personal que atiende a las personas internas.

* Recordar que la información de las entrevistas en este y el resto de los apartados, debe ser corroborada con los datos recolectados de la observación y otros métodos que se consideren pertinentes.

2. Personal

Las preguntas que contiene este apartado tienen que ver con la capacidad de respuesta del centro hospitalario, es decir, con el número y calidades del personal que atiende a los y las pacientes. Además se indaga sobre los procedimientos administrativos existentes para garantizar el respeto a los derechos humanos de las personas internas en el hospital.

Este apartado se relaciona con el derecho a la salud, a recibir atención especial, a la igualdad y no discriminación, a aceptar o rehusarse al tratamiento, y otros.

Datos a investigar	Persona a quien debe ir dirigida la pregunta
<i>Cantidad de personal que trabaja en el hospital</i>	
a. El hospital cuenta con personal administrativo, misceláneo, de mantenimiento y otros, suficiente para atender la demanda de la institución en materia de infraestructura y servicios básicos (limpieza, alimentación, atención al público, mantenimiento del edificio, y otros)	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), encargado(a) de mantenimiento, encargado(a) de recursos humanos, personal de atención.
b. El personal de medicina general, psiquiatría, psicología, enfermería y otras especialidades es suficiente para atender la demanda hospitalaria.	Director(a) del hospital, encargado(a) de recursos humanos, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
c. Las personas internas tienen acceso a atención médica en otras especialidades y acceso a exámenes especializados cuando lo requieren para la atención de dolencias distintas a las relacionadas con la enfermedad mental. Estos servicios se brindan dentro del hospital y para ello existe personal profesional contratado por la institución.	Director(a) del hospital, encargado(a) de recursos humanos, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
d. El personal encargado de la atención de las personas internas es suficiente para brindar atención adecuada e individualizada (número de pacientes en el hospital y en cada pabellón, duración promedio de la hospitalización, número total del personal que labora en el hospital, número de personas en el	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), encargado(a) de estadísticas, encargado(a) de recursos humanos, personal de atención, familiares de pacientes.

<p>área administrativa y en el área médica, número de profesionales por especialidad, número de pacientes promedio atendido por cada especialista, entre otros datos que puedan resultar útiles).</p>	
<p>e. ¿Cuántos (as) pacientes tiene a su cargo un solo doctor (a), psicólogo (a), enfermero (a)?, ¿de cuánto tiempo es la jornada laboral del personal médico, psicológico y de enfermería?</p>	<p>Director(a) del hospital, encargado(a) de recursos humanos, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.</p>
<p><i>Nivel profesional y capacitación del personal</i></p>	
<p>a. El personal que atiende a las personas internas están calificados profesionalmente para ejercer el cargo asignado (formación especializada en la materia que les concierne a nivel de grado universitario y de ser posible postgrado; cursos de capacitación y actualización profesional constante para el personal, entre otros).</p>	<p>Director(a) del hospital, encargado(a) de recursos humanos, personal de atención.</p>
<p>b. Los y las profesionales que atienden a las personas internas poseen especialidad profesional en materia de salud mental.</p>	<p>Director(a) del hospital, encargado(a) de recursos humanos, personal de atención.</p>
<p>c. Los profesionales de salud que trabajan en el hospital son incentivados para la actualización profesional y el desarrollo de investigaciones en la materia.</p>	<p>Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo, encargado(a) de recursos humanos, personal de atención.</p>
<p>d. El hospital busca la cooperación con centros de investigación, universidades y otras organizaciones para el desarrollo de investigaciones en materia de salud mental y la actualización profesional de su personal.</p>	<p>Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo, encargado(a) de recursos humanos, personal de atención.</p>
<p>e. El personal del hospital en general (administrativo y médico) recibe capacitación constante para tratar con las y los pacientes.</p>	<p>Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), encargado(a) de recursos humanos, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.</p>
<p>f. El personal del hospital ha recibido amplia capacitación obligatoria sobre derechos humanos de las personas internas en hospitales psiquiátricos, incluyendo lo que se considera tratos crueles, inhumanos y degradantes.</p>	<p>Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), encargado(a) de recursos humanos, personal de atención.</p>
<p>g. El hospital se encarga de capacitar al personal en el uso de medios de inmovilización física y de actualizar los conocimientos constantemente.</p>	<p>Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), encargado(a) de recursos humanos, personal de atención.</p>
<p><i>Procedimientos para el resguardo de las personas internas</i></p>	
<p>a. Existen planes de evacuación en caso de emergencias. Se incluye la correcta señalización de las salidas de emergencia y la divulgación de los procedimientos de forma sencilla y comprensible dentro del hospital (carteles u otras formas gráficas que puedan ser fácilmente comprendidas por los y las pacientes y visitantes).</p>	<p>Director(a) del hospital, encargado(a) de recursos humanos, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.</p>
<p>b. Existe un procedimiento administrativo a seguir para investigar decesos que no sean por causas naturales.</p>	<p>Director(a) del hospital, encargado(a) de estadísticas, asesor(a) legal del hospital, encargado(a) de recursos humanos.</p>
<p>c. Procedimiento administrativo y judicial a seguir en contra del personal médico cuando se determina que la muerte se relaciona con mala praxis médica, negligencia o agresiones por parte de las personas encargadas dentro del hospital.</p>	<p>Director(a) del hospital, asesor(a) legal del hospital, encargado(a) de recursos humanos, personal de atención.</p>
<p>d. El personal que está a cargo de los y las pacientes recibe apoyo psicosocial y otro tipo de medidas para evitar el síndrome de burn-out y garantizar una adecuada atención a las personas internas en el hospital.</p>	<p>Director(a) del hospital, encargado(a) de recursos humanos, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.</p>
<p>e. ¿El órgano competente para revisar las quejas de los pacientes es judicial o no?, ¿es independiente, imparcial y establecido por la ley?</p>	<p>Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), asesor(a) legal del hospital, personal de atención.</p>

f. ¿Quiénes conforman este órgano?, ¿cuenta con el apoyo de al menos un(a) profesional en salud mental calificado e independiente que le asesore?	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), asesor(a) legal del hospital, personal de atención.
g. ¿Cuál es el procedimiento de recepción y seguimiento de la queja?, ¿incluye una audiencia oral?	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), asesor(a) legal del hospital, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
h. El personal del hospital se encuentra bien informado sobre el derecho de los y las pacientes o expacientes a presentar quejas. El hospital cuenta con un reglamento que impide al personal tomar represalias contra los y las pacientes que presenten quejas o interferir en el procedimiento.	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo, asesor(a) legal del hospital, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
<i>Manejo de expedientes clínicos de las personas internas</i>	
a. ¿Quién o quiénes tienen acceso al expediente clínico de las personas internas?	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), asesor(a) legal del hospital, personal de atención.
b. ¿En dónde se guardan los expedientes?, ¿cuáles son las condiciones de seguridad de ese lugar?	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), asesor(a) legal del hospital, personal de atención.
c. ¿Qué medidas de seguridad se toman para el resguardo y traslado dentro del hospital de los expedientes? (por ejemplo al trasladarlos de las áreas de consultorios a los archivos y viceversa, o al mantenerlos en los consultorios médicos o los pabellones).	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), asesor(a) legal del hospital, personal de atención.
d. ¿Quién autoriza la revisión de un expediente?, ¿cuál es el procedimiento para solicitarla?	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), asesor(a) legal del hospital, personal de atención.
e. En caso de que las autoridades judiciales requieran información relacionada con una persona interna para una investigación judicial, ¿cuál es el procedimiento para solicitar el expediente?, ¿qué tipo de información se entrega?, ¿se entrega copia total del expediente o sólo datos parciales?	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), asesor(a) legal del hospital, personal de atención.
f. Los datos del expediente no se utilizan para otros fines que no sean los directamente relacionados con la enfermedad o las consecuencias de ésta.	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), asesor(a) legal del hospital, personal de atención.
g. El personal de atención no discute públicamente datos contenidos en los expedientes de pacientes a menos que sea para tomar decisiones o solicitar consultas sobre el diagnóstico o el tratamiento de los (as) mismos(as). En este caso se discute únicamente con otros(as) profesionales en salud mental.	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), asesor(a) legal del hospital, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
<i>Comité ético-científico</i>	
a. El hospital cuenta con un comité ético-científico conformado por profesionales capacitados en las distintas áreas de atención que brinda el hospital, que cuenta con poder de decisión para aprobar o no la aplicación de un nuevo tratamiento o la puesta en marcha de una investigación dentro del hospital.	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo, encargado(a) de recursos humanos, personal de atención.
b. El personal que integra el comité ético-científico está altamente calificado y se encuentra actualizado en cuanto a tendencias de investigación y tratamiento.	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo, encargado(a) de recursos humanos, personal de atención.
c. Las decisiones del comité ético-científico son respetadas por la administración del hospital y su personal.	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo, encargado(a) de recursos humanos, personal de atención.

d. Las decisiones del comité ético-científico pueden ser apeladas ante una comisión independiente o un tribunal superior con competencia en la materia.	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo, encargado(a) de recursos humanos, asesor(a) legal del hospital, personal de atención.
Comportamiento profesional del personal	
a. El personal que atiende a las personas internas se presenta por su nombre a los y las pacientes. En caso de que éstos(as) requieran información adicional sobre su carrera profesional ésta es suministrada de forma amable y respetuosa.	Director(a) del hospital, encargado(a) de recursos humanos, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
b. El personal cuenta con elementos de identificación (gafetes) con su nombre y fotografía, los cuáles llevan en un lugar visible que permite a las personas internas reconocerles.	Director(a) del hospital, encargado(a) de recursos humanos, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
c. Existen medidas destinadas a resguardar la seguridad e integridad personal de las personas internas, las cuáles son conocidas por la totalidad del personal que labora en el hospital.	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), encargado(a) de recursos humanos, personal de atención.
d. El personal no habla sobre asuntos de los y las pacientes y sus familias frente a otras personas internas (derecho a la privacidad).	Director(a) del hospital, encargado(a) de recursos humanos, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
e. Número de quejas de las personas internas por motivo de tratos desiguales por parte del personal.	Director(a) del hospital, encargado(a) de recursos humanos, asesor(a) legal del hospital, encargado(a) de estadística, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
f. El personal respeta el derecho de las personas internas a no ser víctimas de tratos crueles, inhumanos y degradantes.	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), encargado(a) de recursos humanos, asesor(a) legal del hospital, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
g. Número de denuncias presentadas por pacientes o expacientes relacionadas con malos tratos o agresiones.	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), encargado(a) de recursos humanos, asesor(a) legal del hospital, encargado(a) de estadísticas, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.

3. Pacientes

A través de este apartado se intentan conocer las características demográficas, diagnósticas y de internamiento de los y las pacientes, de manera que los datos se puedan cruzar con los de los apartados anteriores para dilucidar aspectos relacionados con las condiciones de vida las personas internas.

Datos a investigar	Persona a quien debe ir dirigida la pregunta
a. Número de pacientes en el hospital	Director(a) del hospital, encargado(a) de estadísticas.
b. Número de pacientes por pabellón	Director(a) del hospital, encargado(a) de estadísticas.
c. Principales diagnósticos e incidencia	Director(a) del hospital, encargado(a) de estadísticas.
d. Número de pacientes crónicos y duración del	Director(a) del hospital, jefe(a)

internamiento en el hospital.	administrativo(a), encargado(a) de estadísticas, personal de atención.
e. Número de decesos ocurridos en el hospital (en el último año, semestre o trimestre).	Director(a) del hospital, encargado(a) de estadísticas.
f. Causas declaradas de los decesos.	Director(a) del hospital, encargado(a) de estadísticas, asesor(a) legal del hospital.
g. El personal encargado de la atención de las personas internas es suficiente para brindar atención adecuada e individualizada (número de pacientes en el hospital y en cada pabellón, duración promedio de la hospitalización, número total del personal que labora en el hospital, número de personas en el área administrativa y en el área médica, número de profesionales por especialidad, número de pacientes promedio atendido por cada especialista, entre otros datos que puedan resultar útiles).	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), encargado(a) de estadísticas, encargado(a) de recursos humanos, personal de atención, familiares de pacientes.

C. Condiciones de hospitalización y tratamiento

1. Condiciones del internamiento

Se refiere a las condiciones en que las personas internas ingresaron al hospital y los procedimientos para tal fin. En esta sección se analizan aspectos relacionados con el derecho a la libertad e integridad personal, el internamiento involuntario, el consentimiento para la admisión y el tratamiento, y el derecho a la información, entre otros.

Datos a investigar	Persona a quien debe ir dirigida la pregunta
<i>Garantía del derecho a la salud</i>	
a. ¿Existen restricciones con respecto a posibilidad de internamiento, duración del mismo, tratamiento brindado, acceso a medicinas u otros, para pacientes que no cuentan con seguro social?	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo, asesor(a) legal del hospital, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
<i>Atención en el servicio de emergencias</i>	
a. Durante la atención de emergencias el personal médico mantiene debidamente informadas a las personas que acompañan al paciente sobre el estado del mismo y el posible diagnóstico.	Director (a) del hospital, personal que atiende a las personas internas, familiares de pacientes.
b. La atención de todo el personal del hospital, incluyendo al personal administrativo, es respetuosa y amable con las personas atendidas y sus acompañantes.	Director (a) del hospital, personal que atiende a las personas internas, familiares de pacientes, pacientes.
c. Existen protocolos revisados y aprobados por el comité ético-científico y otras autoridades sanitarias del país para el ingreso hospitalario de los y las pacientes (ingresos voluntarios, ingresos involuntarios). Estos protocolos son seguidos y acatados por el personal.	Director (a) del hospital, personal que atiende a las personas internas, personal administrativo.
d. Cuando es necesario, el internamiento ocurre en una zona cercana a la que vive el o la paciente, con el fin de facilitar las visitas de familiares y amigos(as).	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.

e. ¿Cuáles son las reglas o criterios para colocar a un o una paciente en un pabellón o cuarto específico?	Director (a) del hospital, personal que atiende a las personas internas, personal administrativo.
f. Durante el proceso internamiento los y las pacientes reciben atención de la mejor calidad posible.	Director (a) del hospital, personal que atiende a las personas internas, familiares de pacientes, pacientes.
g. ¿Cuánto es el tiempo promedio que tarda el proceso de ingreso para internamiento en el hospital una vez que el o la paciente han sido estabilizados (si ingresó por emergencias) o evaluados (otro tipo de ingresos)?	Director (a) del hospital, personal que atiende a las personas internas, personal administrativo.
h. Existe apoyo psicosocial inmediato para los y las pacientes y sus familiares en el momento que se determina el ingreso de una persona al hospital.	Director (a) del hospital, personal que atiende a las personas internas, familiares de pacientes, pacientes.
i. Cuando una persona es internada el personal del hospital encargado del caso explica claramente a la familia sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la enfermedad, así como sobre cualquier otro tema que deseen conocer.	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
j. La información sobre sus derechos y la forma de ejercerlos es suministrada lo más pronto posible después de la admisión de una persona en el centro hospitalario.	Director(a) del hospital, encargado(a) de recursos humanos, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
k. La información se entrega a los y las pacientes y sus representantes legales.	Director(a) del hospital, encargado(a) de recursos humanos, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
l. La información es suministrada en lenguaje sencillo y comprensible. La persona que suministra la información conoce el tema y ha recibido la capacitación necesaria para informar a las y los pacientes sobre sus derechos fundamentales.	Director(a) del hospital, encargado(a) de recursos humanos, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
<i>Internamiento involuntario</i>	
a. Número de admisiones con voluntarias e involuntarias en el hospital.	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo, encargado(a) de estadísticas, asesor(a) legal del hospital, personal de atención.
b. ¿Existen registros de los procedimientos de admisión involuntaria?	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo, encargado(a) de estadísticas, asesor(a) legal del hospital, personal de atención.
c. Las personas encargadas de la admisión de pacientes procuran que ésta sea voluntaria.	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
d. Cuando la admisión no es voluntaria se respetan los procedimientos establecidos por la ley para el internamiento involuntario.	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
e. El hospital cuenta con el apoyo de las autoridades judiciales (órgano de revisión competente) para determinar la pertinencia del internamiento involuntario.	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo, asesor(a) legal del hospital, personal de atención.
f. ¿Cuál es el procedimiento para la admisión involuntaria?	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo, asesor(a) legal del hospital, personal de atención.

g. ¿Qué criterios se utilizan para determinar la pertinencia de una admisión involuntaria? (que la enfermedad mental ponga en riesgo grave de daño inmediato o inminente al paciente o terceras personas, que la falta de atención médica o psicológica puedan generar un deterioro considerable de la condición del o la paciente)	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo, asesor(a) legal del hospital, personal de atención.
h. Las personas que han sido internadas involuntariamente son retenidas en el hospital durante el menor tiempo posible y los motivos de este internamiento son comunicados inmediatamente al o la paciente, su representante personal y las autoridades legales dentro y fuera del hospital.	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
i. ¿Quiénes son informados de la condición de internamiento involuntario de una persona? (director(a) del hospital, personal que atiende pacientes, familiares, pacientes, representantes legales, autoridades judiciales, otros).	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo, encargado(a) de estadísticas, asesor(a) legal del hospital, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
j. La revisión de los casos de internamiento involuntario por el órgano competente se realiza lo más pronto posible después de la aplicación de la medida.	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo, asesor(a) legal del hospital, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
k. ¿Con qué frecuencia se revisan los casos de pacientes con admisión involuntaria para evaluar la pertinencia de continuar con esta medida?	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo, asesor(a) legal del hospital, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
<i>Declaración de incompetencia</i>	
a. Se declara a una persona incompetente jurídicamente sólo después de la realización de una audiencia equitativa ante un tribunal independiente e imparcial establecido por la legislación nacional	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo, asesor(a) legal del hospital, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
b. En caso de realizarse una audiencia para determinar la incapacidad jurídica de una persona ésta cuenta con un(a) defensor(a) capacitado para tal fin. Si no cuenta con medios económicos suficientes para ello se le asigna uno(a) gratuitamente.	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo, asesor(a) legal del hospital, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
c. En caso de requerir un(a) intérprete, el hospital proporciona uno(a) a la persona interna, o acepta la intervención de un(a) intérprete llevado por la o el paciente.	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo, asesor(a) legal del hospital, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
d. Se respeta el derecho del o la paciente a presentar un dictamen médico independiente que certifique su estado de salud mental. Este dictamen es avalado por el hospital y tomado en cuenta en las decisiones del órgano competente.	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo, asesor(a) legal del hospital, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
e. Cuando se determina la incapacidad jurídica de una persona se toman las medidas necesarias para resguardar sus intereses. Estas medidas son respetadas por el personal del hospital y sus representantes legales.	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo, asesor(a) legal del hospital, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
f. Las decisiones sobre la incapacidad jurídica son revisadas periódicamente según lo establece la ley con la participación imparcial y objetiva del hospital.	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo, asesor(a) legal del hospital, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
<i>Internamiento por orden judicial</i>	
a. Número de personas admitidas por orden judicial penal?	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo, encargado(a) de estadísticas, asesor(a) legal del hospital, personal de atención.

2. Condiciones de vida dentro del hospital

Las preguntas de este apartado intentan dar cuenta de las condiciones de vida dentro del hospital y la garantía o no de los derechos fundamentales de las personas internas. Aquí se incluye el derecho a la vida, a la salud, a la educación, el trabajo, la información, la libertad de circulación y el derecho al voto, entre otros.

Datos a investigar	Persona a quien debe ir dirigida la pregunta
<i>Medidas para el resguardo de la vida y la dignidad humana</i>	
a. Estos planes de emergencia son socializados con los y las pacientes cuando son ingresados al hospital y se encuentran en condiciones de comprenderlos. El personal se encuentra debidamente informado y entrenado para responder en una situación de emergencia y prestar ayuda y atención a los y las pacientes.	Director(a) del hospital, encargado(a) de recursos humanos, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
<i>Atención especial para la garantía del derecho a la salud</i>	
a. Las personas internas tienen acceso a atención médica en otras especialidades y acceso a exámenes especializados cuando lo requieren para la atención de dolencias distintas a las relacionadas con la enfermedad mental. Estos servicios se brindan dentro del hospital y para ello existe personal profesional contratado por la institución.	Director(a) del hospital, encargado(a) de recursos humanos, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
b. ¿Cuál es la frecuencia de atención por profesionales médicos y psicológicos para un paciente durante el periodo de hospitalización? (número de visitas diarias, semanales, mensuales).	Director (a) del hospital, personal que atiende a las personas internas, familiares de pacientes, pacientes.
c. En caso de requerirse atención de emergencia para un o una paciente internada (o), ¿cuál es el umbral temporal de respuesta del personal hospitalario?	Director (a) del hospital, personal que atiende a las personas internas, familiares de pacientes, pacientes.
d. Número de quejas por maltrato presentadas ante los órganos competentes del hospital, resoluciones de la autoridad competente, seguimiento de las acciones.	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), encargado(a) de recursos humanos, asesor(a) legal del hospital, encargado(a) de estadísticas, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
e. Las personas privadas de libertad reciben los mismos servicios de alimentación, vestimenta, higiene del lugar, programas terapéuticos y otros, que recibe el resto de las personas internas en el hospital, siempre tomando en cuenta sus características personales y jurídicas.	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), asesor(a) legal del hospital, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
f. Todas las personas reciben el mismo trato por parte del personal, sin hacer distinción por motivos de tipo político, religioso, económico, social, étnico, u otros.	Director(a) del hospital, personal que atiende pacientes, pacientes, familiares de pacientes.
<i>Libertades fundamentales</i>	
a. Las personas internas pueden practicar su religión libremente (visitas de líderes religiosos de su confianza, espacios físicos destinados para la oración, como capillas por ejemplo, entre otros).	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
b. Las personas internas pueden desplazarse dentro y fuera de su pabellón cuando su estado así lo permite. El procedimiento para que esto ocurra se encuentra claramente establecido en los reglamentos internos del hospital y la persona que toma la	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.

decisión lo hace de manera objetiva y con el visto bueno de un equipo médico que conoce el caso del o la paciente en cuestión.	
c. Las personas internas tiene la posibilidad de socializar con otras personas internas en el hospital. Esta posibilidad está regulada por el principio de seguridad personal, salvaguardando la vida e integridad personal de todos los y las pacientes.	Director(a) del hospital, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
d. El hospital cuenta con un régimen de visitas de familiares y amigos(as) que fomenta el fortalecimiento de los vínculos aún durante el internamiento. Además se permite hacer y recibir llamadas telefónicas.	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
e. Los y las pacientes pueden hablar en privado por teléfono y con sus visitantes. Además se respeta la confidencialidad de la correspondencia que envían y reciben.	Director(a) del hospital, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
f. Las personas internas pueden disponer de sus artículos personales sin restricciones, salvo aquellas relacionadas con su propia seguridad y la de otras personas.	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
g. Las personas internas pueden decidir sobre las actividades que realizan y la distribución de su tiempo.	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
h. Existen programas educativos diseñados de acuerdo a las características de la población hospitalaria que permiten a las personas internas continuar con su formación académica cuando así lo soliciten y se considere pertinente por el personal médico.	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
i. Existen programas laborales adecuados a las posibilidades de las personas internas y a los que ellas se incorporan de manera libre y voluntaria.	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
j. Las personas internas que se incorporan a los programas laborales que el hospital brinda reciben remuneración por su trabajo cuando éste genera ganancias económicas para la institución.	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
k. Las personas internas por situación de cronicidad pueden acceder a programas de estudio y trabajo que les permiten tener ingresos económicos propios y desarrollar sus facultades al máximo.	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
l. Los horarios laborales están adecuados a las condiciones de salud de las personas internas.	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
m. Las personas internas tienen acceso a medios de comunicación escritos (prensa), televisivos y radiales (derecho a la información).	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
n. ¿Cuál es el procedimiento para entregar a un(a) paciente o su representante legal una copia de su expediente médico?	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), asesor(a) legal del hospital, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
o. ¿Cuánto tarda el procedimiento?	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), asesor(a) legal del hospital, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
p. ¿Se entrega el expediente completo o sólo una parte del mismo?	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), asesor(a) legal del hospital, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.

q. Las personas internas tienen la posibilidad de organizarse autónomamente y a que su opinión sea tomada en cuenta en las decisiones de asuntos relacionados con ellas (derecho de asociación).	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
r. ¿Cómo se implementa el derecho al voto de las personas internas? (derecho al voto).	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
<i>Derecho a presentar quejas</i>	
a. Las personas internas conocen sobre la posibilidad de presentar una queja o apelación.	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), asesor(a) legal del hospital, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
b. Se respeta el derecho de las personas internas a contar con un representante legal durante el proceso de la queja. Cuando no puede costear uno el hospital se encarga de que le sea asignado un defensor(a) que resguarde los intereses del o la paciente.	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), asesor(a) legal del hospital, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
c. En caso de requerir un(a) intérprete, el hospital proporciona uno(a) a la persona interna, o acepta la intervención de un(a) intérprete llevada por la o el paciente.	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo, asesor(a) legal del hospital, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
d. La persona interna puede estar presente durante la audiencia en la que se discute su queja si así lo solicita. Durante la misma esta persona o su representante legal son escuchados(as) por el órgano competente y sus declaraciones son tomadas en cuenta para la decisión final.	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo, asesor(a) legal del hospital, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
e. La persona interna o su representante legal pueden solicitar la presencia de una o varias personas en la audiencia.	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo, asesor(a) legal del hospital, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
f. Se respetan los deseos de la persona interna de que la audiencia sea pública o privada, según lo considere pertinente. También se respeta su decisión de que la información resultante sea pública o no.	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo, asesor(a) legal del hospital, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
g. Se entrega una copia escrita de la decisión final del órgano competente a la persona interna y su representante legal.	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo, asesor(a) legal del hospital, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
h. Si el o la paciente desea presentar la queja ante un órgano superior establecido en la legislación nacional puede hacerlo.	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo, asesor(a) legal del hospital, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
i. El derecho de queja está garantizado también para los o las expacientes.	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo, asesor(a) legal del hospital, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
j. Las decisiones del órgano de revisión de quejas pueden ser apeladas ante una autoridad superior.	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo, asesor(a) legal del hospital, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.

<i>Fomento de la participación social y la reinserción de los y las pacientes.</i>	
a. ¿El hospital imparte charlas sobre salud mental, derechos humanos de las personas con enfermedades mentales, mitos y realidades sobre la enfermedad mental y otros temas similares en la comunidad?, ¿existe este tipo de servicio para las familias y allegados(as) de las personas internas?	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), encargado(a) de recursos humanos, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
b. El hospital cuenta con convenios con instancias públicas y privadas que permiten la reinserción educativa y laboral de las personas internas durante y después del internamiento.	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
c. En el caso de pacientes que viven en hogares comunitarios del hospital, la institución tiene convenios con empresas u otros centros laborales en donde se propicia la incorporación al trabajo de pacientes psiquiátricos(as) en condiciones igualitarias y no discriminatorias.	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
d. Las personas internas cuentan con la posibilidad de formar o adherirse a grupos recreativos, culturales y de otra índole que fomenten la participación social y comunal durante el internamiento (cuando sus condiciones de salud lo permiten) o posterior a este.	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.

3. Medidas terapéuticas

Se refiere a las técnicas terapéuticas empleadas y las condiciones en que éstas se desarrollan. Este apartado monitorea la garantía a derechos como la prohibición de tratos crueles, inhumanos y degradantes, derecho a la salud, a la mejor atención posible, a la vida, la libertad e integridad personal, y otros.

Datos a investigar	Persona a quien debe ir dirigida la pregunta
<i>Diagnóstico</i>	
a. ¿Cuáles son los criterios básicos utilizados para el diagnóstico de las enfermedades mentales? (DSM, CIE, otros)	Director(a) del hospital, personal de atención.
b. ¿Los diagnósticos son discutidos y acordados por más de un(a) profesional o se determina de forma unilateral?	Director(a) del hospital, personal de atención.
c. Se les informa a los y las pacientes sobre el diagnóstico con el que serán ingresados al hospital, las razones del internamiento, posible duración y el tratamiento que se les administrará, incluyendo sus posibles efectos secundarios.	Director(a) del hospital, encargado(a) de recursos humanos, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
d. Toda la información es clara y comprensible para las personas internas y sus representantes legales. Es suministrada por personal capacitado en medicina, psicología, trabajo social u otra área especializada. En caso de tener preguntas o dudas estas son evacuadas por el personal inmediatamente.	Director(a) del hospital, encargado(a) de recursos humanos, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.

e. ¿Los y las pacientes, sus familiares u otros(as) profesionales de salud mental pueden solicitar una revisión del diagnóstico dado?, ¿cuál es el procedimiento?, ¿qué ocurre con el tratamiento mientras se revisa el diagnóstico?	Director(a) del hospital, personal de atención.
<i>Consentimiento para el tratamiento y la investigación</i>	
a. Antes de iniciar el tratamiento se les explica a las personas internas y sus representantes legales en lenguaje sencillo y comprensible cuál será el tratamiento que se les aplicará, sus efectos primarios y secundarios, duración aproximada, y resultados esperados.	Director(a) del hospital, encargado(a) de recursos humanos, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
b. Toda la información es clara y comprensible para las personas internas y sus representantes legales. Es suministrada por personal capacitado en medicina, psicología, trabajo social u otra área especializada. En caso de tener preguntas o dudas éstas son evacuadas por el personal inmediatamente.	Director(a) del hospital, encargado(a) de recursos humanos, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
c. Existe un formulario de consentimiento informado para el tratamiento que es firmado por el o la paciente y sus representantes legales. Antes de la firma éste es leído en voz alta con las personas a las que concierne y el personal del hospital se asegura de que haya sido entendido por el o la paciente y sus representantes legales.	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), asesor(a) legal del hospital, encargado(a) de recursos humanos, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
d. Se les informa a los y las pacientes que pueden ellos(as) o sus representantes legales negarse al tratamiento por completo o parcialmente, en cuyo caso deben buscarse otras opciones.	Director(a) del hospital, encargado(a) de recursos humanos, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
e. En caso de que las personas internas o sus representantes legales estén en desacuerdo con el tratamiento propuesto se respeta su decisión y se buscan otras alternativas.	Director(a) del hospital, encargado(a) de recursos humanos, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
f. Las decisiones del o la paciente o de la persona encargada son respetadas en su totalidad y amplitud.	Director(a) del hospital, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
g. Aún después de firmado el consentimiento informado el o la paciente o sus representantes pueden cambiar de parecer y su decisión es respetada.	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), asesor(a) legal del hospital, encargado(a) de recursos humanos, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
h. Únicamente cuando es urgente y necesario para impedir un daño inmediato o inminente al o la paciente se aplica un tratamiento sin consentimiento. Este es un procedimiento excepcional y es informado a las autoridades hospitalarias.	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), asesor(a) legal del hospital, encargado(a) de recursos humanos, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
i. Para participar en una investigación se requiere de un consentimiento informado que sigue los mismos lineamientos que el consentimiento para el tratamiento (información detallada del procedimiento, firma de un documento, posibilidad de retiro del consentimiento).	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), asesor(a) legal del hospital, encargado(a) de recursos humanos, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
j. Los procedimientos de consentimiento informado para el tratamiento y la investigación se aplican también a las personas internas por orden judicial.	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), asesor(a) legal del hospital, encargado(a) de recursos humanos, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.

<i>Carácter integral del tratamiento</i>	
a. Se fomenta el mantenimiento de los vínculos sociales y familiares en las personas internas en el hospital, incluyendo las personas menores de edad. Para ello existen programas terapéuticos que incluyen la participación de familiares y/o amigos(as) muy cercanos del o la paciente para coadyuvar en su recuperación.	Director(a) del hospital, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
b. El personal de atención toma en cuenta el bagaje social y cultural de las personas internas al diseñar el tratamiento que recibirá.	Director(a) del hospital, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
c. Las personas menores de edad internas en el hospital cuentan con medidas terapéuticas y de infraestructura adecuadas a su edad.	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), encargado(a) de mantenimiento, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
d. Los tratamientos utilizados tienen efectividad comprobada para la atención de pacientes con enfermedades mentales, busca su pronta mejoría y reinserción social, y el grado máximo de desarrollo de la personalidad de las personas internas.	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
e. Las personas internas reciben distintos tipos de terapia de acuerdo a su condición de salud que se complementan la una a la otra para lograr su pronta mejoría (terapia farmacológica, psicológica, ocupacional, entre otras). Los programas terapéuticos se diseñan de manera individual de acuerdo a las necesidades del o la paciente, se revisan y cambian de acuerdo a su evolución por personal calificado.	Director(a) del hospital, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
f. El hospital ofrece terapias alternativas para aquellas personas que no quieran o puedan permanecer internadas pero que requieran atención constante y permanente (seguimiento terapéutico en consulta externa, hospital de día, grupos de apoyo u otros similares).	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
g. Existen programas de tratamiento extendido e integral para las personas internas por cronicidad de la enfermedad mental que fomentan el máximo desarrollo posible de su personalidad, su independencia y autonomía (hogares comunitarios, hospital de día, u otros mecanismos terapéuticos similares).	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
h. El hospital cuenta con programas terapéuticos que incluyen a las familias de las personas internas. Estos programas pueden incluir terapia individual para los y las familiares, terapia grupal, grupos de apoyo, terapia de familia, entre otros.	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
<i>Medicación y restricción física</i>	
a. Los medicamentos que se aplican a las personas internas se utilizan únicamente cuando es necesario y nunca como un castigo, a conveniencia de terceros o en cantidades mayores a las realmente necesarias. Sólo el personal capacitado y autorizado por ley puede prescribir y aplicar medicamentos.	Director(a) del hospital, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
b. La restricción física se utiliza como último recurso con los y las pacientes, y sólo se permite realizarla a personal altamente calificado para tal fin.	Director(a) del hospital, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
c. ¿Con qué frecuencia se utilizan las restricciones físicas?	Director(a) del hospital, encargado(a) de estadística, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.

d. Cuando resulta necesaria la inmovilización física, el paciente es mantenido en condiciones dignas (higiene, alimentación, vestido, abrigo, condiciones físicas del lugar donde se encuentra, etc.) y bajo el cuidado y la supervisión inmediata y regular de personal calificado en todo momento.	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), encargado(a) de recursos humanos, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
e. ¿Se guarda documentación sobre el uso de medios de inmovilización física?, ¿qué tipo de documentación?, ¿existe obligación de informar a los(as) superiores inmediatos(as) cuando un(a) funcionario(a) ha utilizado medios de inmovilización física?	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), encargado(a) de recursos humanos, asesor(a) legal del hospital, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
<i>Prohibición expresa de tratos crueles, inhumanos o degradantes como parte o consecuencia del tratamiento</i>	
a. Existe una prohibición clara para las personas que atienden a los y las pacientes de golpear o maltratar de cualquier forma a los mismos. También está prohibida la agresión verbal o psicológica de todo tipo, así como la agresión sexual. Cuando una situación de estas se presenta se toman medidas disciplinarias inmediatas en contra de la persona agresora, de preferencia removiéndole del puesto.	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), encargado(a) de recursos humanos, asesor(a) legal del hospital, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
b. La esterilización como tratamiento de la enfermedad mental está prohibida expresamente por el hospital.	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), encargado(a) de recursos humanos, asesor(a) legal del hospital, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
c. Existe prohibición expresa para procedimientos psiquiátricos u otros tratamientos irreversibles que modifiquen la integridad de la persona.	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), encargado(a) de recursos humanos, asesor(a) legal del hospital, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
d. Los y las pacientes no son puestos en riesgo de ser agredidos física, verbal o sexualmente por otros u otras pacientes.	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), encargado(a) de recursos humanos, asesor(a) legal del hospital, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.

4. Egreso hospitalario

A través de esta sección se intenta averiguar sobre las condiciones y procedimientos para el egreso de pacientes del hospital, así como el seguimiento que estos reciben una vez que se reincorporan a la sociedad.

Datos a investigar	Persona a quien debe ir dirigida la pregunta
<i>Preparación para el egreso</i>	
a. La familia de la persona interna recibe apoyo psicosocial cuando ésta se encuentra por egresar del hospital. Este apoyo incluye seguimiento médico y psicológico del o la paciente, grupos de apoyo, entrega de medicamentos, evacuación de consultas y cualquier otra medida que facilite la reinserción social y familiar del o la paciente, así como la readaptación de su familia.	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo(a), personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
<i>Egreso voluntario</i>	
a. ¿Cuál es el procedimiento para que una persona interna, sus familiares o encargados puedan solicitar que sea dada de alta?	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo, asesor(a) legal del hospital, personal de atención.

b. ¿Quién evalúa la solicitud de alta realizada por una persona interna, sus familiares o encargados(as) legales?	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo, asesor(a) legal del hospital, personal de atención.
c. Se respetan las disposiciones legales vigentes en el país que indican que una persona puede salir del hospital si no involucra peligro para la salud o la vida del o la paciente o de otras personas.	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo, asesor(a) legal del hospital, personal de atención.
d. Las personas internas y sus familiares conocen sobre la posibilidad de solicitar la salida voluntaria del hospital y sobre los procedimientos para hacer la solicitud. Esta información ha sido suministrada por el personal del hospital en el momento del ingreso.	Director(a) del hospital, jefe(a) administrativo, asesor(a) legal del hospital, personal de atención, pacientes, familiares de pacientes.
<i>Seguimiento luego del egreso</i>	
a. Una vez que las personas egresan del hospital con qué frecuencia reciben seguimiento médico, psicológico y de otro tipo. ¿Qué opciones de seguimiento existen?	Director (a) del hospital, personal que atiende a las personas internas.

6.3. Notas finales

Como se mencionó anteriormente, la guía que se presenta en este documento no pretende ser exhaustiva ni inflexible. Su extensión y complejidad obliga a los equipos de monitoreo que deseen utilizarla a adaptarla a los objetivos específicos de su investigación y los recursos humanos y de tiempo de los que disponen. Esto implicará, en la gran mayoría de los casos, llevar a cabo un trabajo de priorización y selección de los ítems, las modalidades de recolección de datos y las personas que serán entrevistadas.

Es altamente recomendable que los procesos de monitoreo sean llevados a cabo por equipos multidisciplinarios. Entre más diverso y amplio sea el equipo, más temáticas podrán ser abarcadas en menor tiempo, pues en términos generales la duración del proceso de monitoreo dependerá de la cantidad de aspectos que se deseen observar, la profundidad del estudio y los recursos humanos con que se cuente para tal fin (número de profesionales y especialidad).

Es importante recordar que esta guía ha sido diseñada únicamente para la recolección de los datos y no para su análisis, pues este último paso responderá directamente al objetivo general que se plantee en el monitoreo.

Finalmente, es importante el trabajo previo de investigación que se haga con respecto a la situación nacional, local y específica del centro hospitalario que se va a monitorear. Existen circunstancias apremiantes que podrían tener una influencia directa sobre los resultados del monitoreo, como por ejemplo una crisis presupuestaria o de personal, una situación de crisis nacional que genere una mayor afluencia de pacientes en el hospital, un cambio reciente en la jefatura del hospital o en sus políticas, por mencionar tan solo algunos ejemplos.

BIBLIOGRAFÍA

_____. (1949). *Constitución Política de la República de Costa Rica*.

_____. (1973). *Ley 5395, Ley General de Salud*.

_____. (2002). *Ley N° 8239, Derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados*.

_____. (2005). *La OMS insta a los gobiernos a adoptar leyes que defiendan los derechos humanos de la personas con trastornos mentales*. Jano On-Line. Recuperado el 4 de julio de 2005 de <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/press.plantilla?ident=39457>

Arboleda-Florez, J. (s.f.). *Salud Mental y Derechos Humanos: la experiencia internacional*.

Asamblea General de las Naciones Unidas. Resolución 46/119 de 19 de diciembre de 1991. *Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental*.

Asociación Americana de Psiquiatría. (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. España: Masson, S.A.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2003). *Informe de Medidas Cautelares otorgadas por la CIDH durante el año 2003*. Recuperado de <http://www.cidh.org/medidas/2003.sp.htm>

Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Informe No. 63/99 del 13 de abril de 1999. Caso 11.427. Víctor Rosario Congo vs. Ecuador.

Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso Ximenes Lopes vs. Brasil. Sentencia del 4 de julio de 2006.

Guimón, J. (2004). La evaluación del respeto a los derechos humanos de los pacientes psiquiátricos: un manual de calidad. *Avances en Salud Mental Relacional [en línea]*, 3(1).

Harlem Brundtland, Gro. (2000). La salud mental en el siglo XXI. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(4): 411.

Mental Disability Rights International (2000). *Derechos Humanos y Salud Mental en México*. Washington: MDRI.

Mental Disability Rights International. (1995). *Human Rights and Mental Health Uruguay*. Washington: MDRI.

Ministerio de Salud; Organización Panamericana de la Salud. (2004). *Situación actual de la salud mental en Costa Rica*. San José: OPS.

Nowicki, M.; Fialova, Z. (2005). *Monitoreo de los derechos humanos*. San José: Instituto Interamericano de Derechos Humanos, Fundación Helsinki para los Derechos Humanos.

Organización de Estados Americanos. (1948). *Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre*.

Organización de Estados Americanos. (1969). *Convención Americana sobre Derechos Humanos*.

Organización de Estados Americanos. (1988). *Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ("Protocolo de San Salvador")*.

Organización de Estados Americanos. (1999). *Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad*.

Organización de Naciones Unidas. (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*.

Organización de Naciones Unidas. (1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*.

Organización de Naciones Unidas. (1966). *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*.

Organización de Naciones Unidas. (1975). *Declaración de los derechos de los impedidos*.

Organización Mundial de la Salud (2002). *Programa Mundial de Acción en Salud Mental.... Cerremos la brecha, mejoremos la atención*. Ginebra: OMS.

Porter, R. (1989). *Historia social de la locura*. Barcelona: Editorial Crítica.

Programa Estado de la Nación. (2004). *Décimo informe sobre el Estado de la Nación en desarrollo humano sostenible. Un análisis amplio y objetivo sobre la Costa Rica que tenemos a partir de los indicadores más actuales (1990-2003)*. San José, Costa Rica.

Rosenthal, E.; Sundram, C.J. (2004). *The Role of International Human Rights in National Mental Health Legislation*. Geneva: WHO.

ANEXOS

Siglas empleadas en la Matriz 3

Siglas	Instrumento
CADH	Convención Americana de Derechos Humanos (1969)
CAETFDPD	Convención Americana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (1999)
DADDH	Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre (1948)
DDI	Declaración de los Derechos de los Impedidos (1975)
DDPUSS	Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud públicos y privados
DUDH	Declaración Universal de Derechos Humanos (1948)
LGS	Ley 5395, Ley General de Salud
PIDCP	Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966)
PIDESC	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
Protocolo de San Salvador	Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”, 1988)