



Gerencia Médica
Gerencia de Modernización y Desarrollo

Nuevo Modelo de Atención en Salud Mental

Perfil de Proyecto

San José, Costa Rica

Marzo, 2000

“Los programas de salud y de salud mental contribuirán tanto al desarrollo de la responsabilidad individual y familiar en relación con la salud personal y con la de grupos, como a la promoción de una calidad de vida lo más elevada posible”

**Tomada de la
Declaración de Luxor**

Créditos

Coordinación General

Dr. Walter Ureña, Director del Departamento de Salud Mental, Dirección Técnica de Servicios de Salud, Gerencia Médica.

Cooperación Técnica

Dr. Mariano Salazar, Consultor Externo, Gerencia de Modernización y Desarrollo.

Grupo de trabajo

Máster Marielos Piedra, Directora, Dirección de Planificación Institucional, Gerencia de Modernización y Desarrollo

Dr. Gary Arce, Dpto. de Salud Mental, Dirección Técnica de Servicios de Salud, Gerencia Médica

Dr. Kenneth Avila, Dpto. de Salud Mental, Dirección Técnica de Servicios de Salud, Gerencia Médica

Dr. Fredy Ulate, Dpto. de Promoción de la Salud, Gerencia de Modernización y Desarrollo

Licda. Patricia Sandoval, Dpto. de Salud Mental, Comisión de Enfermería, Dirección Técnica de Servicios de Salud, Gerencia Médica

Licda. María Isabel Vázquez, Dpto. de Salud Mental, Comisión de Enfermería, Dirección Técnica de Servicios de Salud, Gerencia Médica

Dr. Charles Chassoul, Colaborador Técnico ad honorem, Dpto. de Salud Mental, Dirección Técnica de Servicios de Salud, Gerencia Médica

Agradecimientos

La Coordinación General y el Grupo de Trabajo, desean agradecer el apoyo y las facilidades técnicas, financieras y logísticas, proporcionadas por:

Dr. Fernando Ferraro Dobles

Gerente, División Médica

Dr. Juan Carlos Sánchez Arguedas

Gerente, División de Modernización y Desarrollo

Dr. Eduardo Sánchez Jovel

Subgerente Médico de Hospitales Nacionales y Clínicas Metropolitanas, A/C Dirección Técnica de Servicios de Salud, Gerencia Médica

Dr. Domingo Gamboa Miranda

Coordinador de Áreas, Director Dpto. Promoción de la Salud, Gerencia de Modernización y Desarrollo

Presentación

Esta propuesta es la continuidad de diversos esfuerzos emprendidos por el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social en el pasado, para reestructurar el modelo de atención en salud mental.

¿Qué la distingue de las otras iniciativas de la CCSS en el ámbito nacional?

Propone un proyecto de transformación de la organización y el funcionamiento de la red de atención, de acuerdo a los cánones modernos de la atención en salud mental y las necesidades actuales de la población costarricense, con énfasis en promoción de la salud mental, como parte del proceso de reforma y modernización de esta área de actuación institucional.

Refleja una agenda amplia de trabajo que ubica el desarrollo de la salud mental en el país como el producto de una convergencia social de las instituciones del sector salud y la sociedad costarricense, redimensionando el rol de la Caja Costarricense de Seguro Social en este contexto.

Tiene un énfasis en el respeto a los derechos de las personas con trastornos mentales para mejorar su calidad de vida, creando condiciones para su vida en familia y comunidad, evitando toda forma de segregación social.

Recupera el carácter interdisciplinario del abordaje de la salud mental, a partir de la integración de equipos multidisciplinarios para el desarrollo de acciones institucionales de promoción, prevención, atención y rehabilitación por niveles resolutivos, y coloca la investigación como un elemento clave para generar conocimiento acerca de la realidad actual en cada uno de estos campos.

Ha sido producto de una iniciativa interagencial de colaboración entre la Gerencia Médica y la Gerencia de Modernización y Desarrollo, materializada en la integración de un grupo interdisciplinario y la movilización de recursos comunes.

Elaborar la propuesta tomó aproximadamente ocho semanas de trabajo continuo. Involucró la participación de cinco funcionarios del Dpto. de Salud Mental de la Gerencia Médica, dos funcionarios de la Gerencia de Modernización y Desarrollo, un colaborador técnico ad-honorem y un consultor externo.

La propuesta fue preparada en el formato de proyecto utilizando el enfoque del marco lógico, porque éste exige la clara identificación de un problema a ser enfrentado, contribuye a clarificar la respuesta institucional ante el mismo, demanda una sólida justificación de la propuesta y requiere el establecimiento de metas y la identificación de estrategias y actividades para su consecución.

Adicionalmente, el formato de proyecto permite consolidar una primera fase de transformación, que tiene inicio y fin, y que posteriormente, con las capacidades adquiridas, se desarrollará como programas específicos permanentes.

En su elaboración se utilizaron diferentes técnicas para la recolección, análisis y edición de información. Entre ellas el pensamiento estratégico, la integración de grupos focales de expertos, la organización de minitalleres y la revisión de fuentes secundarias.

Los aportes que esta iniciativa contiene responden al análisis que se ha hecho de un proceso de configuración del desarrollo del abordaje de la salud mental desde la CCSS, pero no pretende tener todas las respuestas. Estará sujeta a las transformaciones que la realidad exija en el proceso de ponerla en práctica.

Dr. Eduardo Sánchez Jovel

Subgerente Médico de Hospitales
Desconcentrados y Clínicas
Metropolitanas, A/C

Dr. Walter Ureña

Director, Dpto. de Salud Mental

Dirección Técnica de Servicios de Salud, Gerencia Médica, CCSS

INDICE

I Costa Rica: Contexto socioeconómico, político y demográfico	1
II Panorama General de la Situación de la Salud Mental	3
III Problema específico de desarrollo que abordará el proyecto y sus descriptores.8	
PROBLEMA ESPECÍFICO.....	8
DESCRIPTORES	8
<i>Asociados al modelo de atención vigente:</i>	8
<i>Asociados a la red de atención en salud mental existente:</i>	9
<i>Asociados al sistema de información actualmente en operación:</i>	10
<i>Asociados a mercadeo social de la salud mental:</i>	10
<i>Asociados a la legislación y normativas existentes en salud mental:</i>	11
IV Pertinencia del proyecto con la política de salud del país.....	13
V Finalidad	14
VI Propósito.....	14
VII Estrategias	15
VIII Situación actual y al finalizar la primera fase de operación del proyecto en el año 2002	16
IX Consideraciones especiales.	18
X Supuestos y riesgos.....	19
RELATIVOS A LA REESTRUCTURACIÓN DE LA RED	19
RELATIVOS AL LIDERAZGO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL	19
RELATIVOS A LA RESPUESTA DE LA POBLACIÓN ANTE LA REESTRUCTURACIÓN	20
RELATIVOS A LAS OPCIONES RESIDENCIALES	20
XI Matriz del marco lógico y cronograma general de actividades.....	22
XII Calendario de acciones estratégicas	32
XIII Requerimientos mínimos de recursos para finalizar la formulación de la propuesta	32
XIV Anexos.....	33
DECLARACIÓN DE DERECHOS DEL ENFERMO MENTAL, CARACAS	33
DECLARACIÓN DE LUXOR SOBRE LOS DERECHOS HUMANOS Y DE LA SALUD MENTAL.....	34
PRINCIPIOS PARA LA PROTECCIÓN DE LOS ENFERMOS MENTALES Y EL MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL, ADOPTADOS POR LA ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS EN SU RESOLUCIÓN 46/119, DEL 17 DE DICIEMBRE DE 1991	38
DECLARACIÓN DE CARACAS	54
DECRETOS EJECUTIVO N° 20665-S.....	56
DECRETO EJECUTIVO N° 23984-S.....	59

TABLA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 : Árbol de problemas de la Producción Social de la Salud Mental en Costa Rica y la respuesta de la CCSS _____ 12

I Costa Rica: Contexto socioeconómico, político y demográfico¹

Costa Rica tiene una superficie de 51.100 km² y una población de 3,8 millones de habitantes (proyección a marzo 2000). Administrativamente está dividida en 7 provincias y 81 cantones y, a efectos de planificación, en 9 regiones. El país ha tenido estabilidad del sistema político y un período de 50 años sin ejército, y ha logrado así avances significativos en el plano social.

Según el Informe No. 5 del Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible, nuestro país entre julio de 1997 y julio de 1998 se registra una nueva disminución de la pobreza pasando de 20,7% a 19,7%, la cobertura de seguridad social disminuyó entre 1997 a 1998 de 90.4 a 89.4. El analfabetismo en mayores de 12 años de 5%, el producto interno bruto (PIB) per cápita fue de \$2934 y una población económicamente activa femenina de 32%.

Con respecto a la inversión en salud la relación respecto al PIB, en 1996 fue de 6.2, no aumentando en 1998.

El gasto social en salud entre 1988 y 1998, pasó de 21.110 millones de colones a 166, 351.9 millones de colones. En educación fue de 15.846 millones de colones en 1988 y 15.722 millones de colones.

Respecto a las tasas netas de escolaridad, en la enseñanza preescolar, en 1996 fue de 7.9 pasando en 1998 a 79.3. En el primer ciclo, en 1996 fue de 97.1 y en 1998 bajó a 96.2.

Sobre vivienda, el gasto social pasó en 1988 de 8.044.6 millones de colones a 54.863.6 millones de colones en 1998.

Nuestro país muestra progresos en el Desarrollo Humano a pesar de que los incrementos en el PIB ajustado per cápita han sido modestos.

Costa Rica es el mejor país calificado con estos indicadores en Centroamérica y es superado 1.15 veces mayor por el país con el mayor valor del Índice de desarrollo relativo al género (IDG) y 1,57 veces por el mejor calificado en el IPG (Índice de Potenciación de Género).

Entre 1984 y 1997 la población inmigrante nicaragüense aumentó su presencia dentro del grupo de extranjeros de 52% a 73%, teniendo esta población una importante participación femenina (52.6%).

Basado en "La salud en las Américas / OPS" y el informe nro 5 del estado de la nación en desarrollo humano sostenible (falta hacer la cita textual)

En el mismo documento del informe del Estado de la Nación, respecto a la situación de las mujeres se anota:

-Del total de muertes violentas en el trienio 1995-1997 correspondió a los hombres una tasa de 3.68 sobre 10.000 mientras que las mujeres alcanzaron un 0,52.

-Las denuncias de violencia doméstica, ascendieron a 20.996 en 1998, con un incremento del 36.9% sobre el año anterior.

-El aumento en las provincias de Limón y Heredia, fue de 53.2% y 56.45 respectivamente.

-En el decenio 1987-1998, el porcentaje de hogares jefeados por mujeres aumentó de 19.6% a 27.3%.

La crisis económica de los años ochenta obligó a reformular el modelo de desarrollo, que en la presente década se enfocó al estímulo de las exportaciones, la actividad turística y la modernización de las instituciones del Estado.

Respecto a los hogares en situación de pobreza extrema a nivel nacional, en 1996 fue de 6.9%, disminuyendo en 1998 a 5.3%, disminuyendo también en zonas rurales (de 9 en 1996 a 7.1 en 1998) y urbanas (de 4.2% en 1996 a 2.9% en 1998).

Las regiones Brunca y Chorotega son las más pobres, con un porcentaje igual de (34.1%), al igual que la población indigente en estas regiones (11.5 y 1.7% respectivamente)

El Estado tiene un plan nacional de lucha contra la pobreza y mecanismos de protección para los pobres (acceso a bienes y servicios, subsidios, vivienda, etc.), habiendo identificado 16 áreas de extrema pobreza, a las que se presta atención prioritaria.

La economía costarricense ha sido siempre dependiente del uso de recursos naturales. Durante los años ochenta, se perdió anualmente alrededor de 1,5% del PIB como resultado de la destrucción de bosques, la erosión y la explotación insostenible del golfo de Nicoya. No había una política clara de manejo de los recursos naturales. Costa Rica dispone de alrededor de 6% de la biodiversidad del mundo y 25% de su superficie son áreas protegidas. Actualmente cuenta con una estrategia de conservación para el desarrollo sostenible, para enfrentar sus serios problemas ambientales: la contaminación de las aguas y del aire, principalmente en el área metropolitana de San José; los vertidos de residuos sólidos, y la erosión y la destrucción de la reserva boscosa (que cubría 56% del país en 1960 y solo 32% en 1990). Costa Rica es el país centroamericano con mayor consumo de

plaguicidas en la última década, alrededor de 4 Kg por habitante y por año, lo que representa de 6 a 10 veces el promedio mundial.

En 1991 la disponibilidad alimentarla energética en el ámbito nacional fue de 2.261 kilocalorías por persona, mayor en el área rural (2.355 kcal) que en la urbana (2.170 kcal); 56% del total energético proviene de arroz, grasas, aceites y azúcares. El arroz y los frijoles, base de la alimentación costarricense, aportan 30% de la energía y 34% de las proteínas consumidas.

Con respecto a los recursos hídricos, la población que tiene acceso a agua para consumo humano pasó de 95.4% en 1997 a 94.8% en 1998.

Sobre el alcantarillado sanitario, en 1997, sólo el 21.7% de la población tenía acceso a este servicio, mientras que en 1998 bajó a 21.4%.

La población con acceso a energía eléctrica, pasó de 1996 con 93 % a 93.2% en 1997. El acceso a servicios telefónicos en la población, pasó de 1996 con 176.5 por mil habitantes a 1998 con 208 por mil habitantes.

El último censo nacional se realizó en 1984. Según las estimaciones de la Dirección General de Estadística y Censos, la densidad de población en 1998 fue de 65,4 habitantes por km². La tasa de crecimiento anual pasó de 3,0% en 1992 a 2,2% en 1995 a 2.4 en 1999. Algo más de la tercera parte de la población (34,4%) son menores de 15 años y 4,7% mayores de 65. Las mujeres constituyen 49% de la población y 56,3% de los habitantes viven en zonas rurales.

La esperanza de vida al nacer, de 75,2 años en el período 1990-1995, se estima en 76.1 años para el período 1995-2000 (78,7 en mujeres, 73,6 en varones). La tasa global de fecundidad fue de 3,3 hijos por mujer entre 1985 y 1990 y de 3,1 en el período 1990-1995, y de 2.6 en 1998. La tasa bruta de natalidad fue de 25,4 por 1.000 habitantes en 1992, de 23,9 por 1.000 en 1995, 23,0 en 1996, 21,2 en 1997 y 20,4 en 1998. Se registraron alrededor de 76.000 nacimientos en el año 1998.

II Panorama General de la Situación de la Salud Mental²

No existen estudios epidemiológicos recientes acerca de la prevalencia de los trastornos mentales en la población general. Los dos últimos estudios de este tipo datan de 1984 (Gallegos y Míguez, 1984), y 1986 (Adis y Leitón, 1988). el primer estudio arroja una prevalencia de trastornos psicóticos de 3% mientras que el segundo la sitúa en 1%. El primer estudio muestra una prevalencia de trastornos neuróticos de 34% que incluye trastornos del humor y trastornos ansiosos. El estudio de 1986 muestra una prevalencia de trastornos depresivos de 6.8%, de

² Basado en "La salud en las Américas / OPS" y el quionto informe (Recordar hacer cita textual)

trastornos ansiosos de 26.7% y de alcoholismo de 10.1%. todos estos datos son de prevalencia al momento de los estudios citados.

Según estimaciones de la Encuesta de Hogares de Julio 1998, el 93.3% de la población nacional (311354 personas) presenta algunas discapacidad física, mental o sensorial).

En 1997 la tasa de mortalidad por 100.000 habitantes por psicosis fue de 0,73 por 100.000 habitantes; por alcoholismo 1,04; abuso de drogas 0,36 (aunque es muy posible que exista un importante subregistro en estos dos últimos rubros); suicidio 5,3 con la tasa más alta en el grupo entre 45 y 59 años con un 9,05.

Según la encuesta de consulta externa de la CCSS efectuada en 1997, el porcentaje de consultas con respecto a la totalidad fue de 3,71 por los trastornos mentales en general, desglosados de la siguiente manera: trastornos neuróticos y de la personalidad 1,9; psicosis 0,45; dependencia y abuso de drogas 0,13; otras alteraciones mentales 1,13 y síndrome de dependencia a alcohol 0,10.

En cuanto a egresos hospitalarios en 1997, el porcentaje con respecto a la totalidad fue: psicosis esquizofrénicas 0,82; otras psicosis 0,28; dependencia al alcohol 0,11; trastorno mental no psicótico 0,79 y retardo mental 0,08 para un total de 2,08 % de la totalidad de egresos.

Según la encuesta de todos los servicios de urgencias de la CCSS efectuada en 1996, los trastornos mentales fueron un 1,88% de todas las urgencias atendidas, desglosadas de la siguiente manera: alcoholismo 0,34%; esquizofrenia 0,12%; otras psicosis 0,13%; episodio depresivo 0,39%; otros trastornos afectivos 0,09%; ansiedad 0,42%; otros trastornos neuróticos 0,27% y otros trastornos mentales 0,12%.

En Costa Rica existen dos hospitales psiquiátricos: El Hospital Nacional Psiquiátrico y el Hospital Dr. Roberto Chacón Paut. El Hospital Nacional Psiquiátrico cuenta con 860 camas; 810 de pabellones, 30 de las Unidades de Tratamiento Intensivo Psiquiátricas y 20 de la Unidad Médica; el giro de camas es de 4.5 y la estancia promedio de 65 días.

El Hospital Chacón Paut cuenta con 185 camas, 20 de la unidad de crisis y el resto de pabellones; el giro de camas es de 0.6 y la estancia promedio de 247 días. Cuenta además con un centro diurno en Tres Ríos, Cantón de la Unión, donde se atienden 30 personas de la comunidad con trastornos de salud mental.

El Hospital Calderón Guardia, un hospital general, cuenta con un servicio de psiquiatría con 26 camas, consulta externa y emergencias 24 horas.

El Hospital Nacional de Niños, cuenta con un servicio de Psiquiatría, se internan ocasionalmente niños o adolescentes con trastornos psiquiátricos, pero no cuenta con camas específicas de psiquiatría.

En el resto de los 7 hospitales regionales y 13 periféricos, donde cuentan con psiquiatra, se internan pacientes psiquiátricos aunque no tienen asignadas específicamente camas de psiquiatría.

La reestructuración del Hospital Chacón Paut es una de las iniciativas innovadoras en curso más prometedora. El Hospital de Turrialba, por su propia iniciativa, ha desarrollado un programa de opción residencial para pacientes psiquiátricos crónicos en situación de abandono. La comunidad de Pérez Zeledón ha desarrollado una experiencia similar. Existen en el país asociaciones dedicadas a brindar orientación y ayuda a personas con trastornos mentales, que ofrecen una opción no manicomial, con un abordaje no medicalizado, de autogestión, respetando el derecho de estas personas a vivir con su familia e integrados a su comunidad.

Otros aspectos de la morbilidad del país están relacionados directamente con problemas de salud mental: causas externas de mortalidad, violencia intrafamiliar, adicciones, trastornos cardiovasculares y gastrointestinales, entre otros.

Las causas externas ocupan un tercer lugar como causa de muerte con una tasa de 45,87 por 100.000 habitantes en 1997. En 1994 las lesiones no intencionales o "accidentes" (traumatismos y envenenamientos) produjeron 12,2% de las muertes y 21,8% del total de años potenciales de vida perdidos (APVP), siendo la primera causa de pérdida de vida sana (medida por este indicador combinado de morbilidad).

En 1997 la mortalidad por accidentes de tráfico alcanzó una tasa de 16,35 por 100.000. En 1994 la edad promedio de estas muertes fue de 39 años y predominaron las defunciones por colisión entre vehículo de motor y peatón (44%), seguidas por las debidas a colisión entre vehículos. Las lesiones de colisión entre vehículo de motor y peatón fueron responsables de 47,1 % de las muertes por causa externa. En 1995 la mayor tasa de mortalidad (16,9 por 10.000) por estas causas se registró en la provincia de San José, donde las causas externas ocuparon el segundo lugar como causa de muerte.

Los homicidios y lesiones infligidas intencionalmente provocaron en 1994 un total de 183 muertes, a una edad promedio de 34 años, y 3% del total de APVP; 54%

fueron producidas por arma de fuego y 38% por instrumento incisopunzante. En 1997 las tasas por 100.000 habitantes fue de 5,75 por homicidios y 5,30 por suicidios.

En 1994 el suicidio fue causa de 162 muertes, a una edad promedio de 37 años, provocando 2,5% de los APVP.

En 1998 la tasa de mortalidad por suicidio fue de 5.9 por 100.000 habitantes (10.5 en hombres y 1.2 en mujeres).

Las formas más frecuentes de suicidio fueron el envenenamiento (37%), el ahorcamiento (30%) y el disparo con arma de fuego (30%).

En 1997 hubo un total de 210 homicidios y 218 suicidios. La mayoría de los suicidios ocurrieron en el grupo de edad de 20 a 25 años y las formas más frecuentes en envenenamiento (83 personas), ahorcamiento (65 personas) y arma de fuego (60). Las posibles causas de suicidio fueron, según nomenclatura del Organismo de Investigación Judicial fueron: problemas familiares (37 personas), seguido por los problemas personales y problemas pasionales con 28 personas cada uno y problemas económicos y problemas conyugales con 25 personas cada uno. A manera de hipótesis, muchos de estos suicidios están asociados a trastornos depresivos y problemas de adicciones.

En cuanto a la violencia intrafamiliar, el sector salud no posee un registro de los problemas de salud derivados de la violencia doméstica. Se presentan aquí datos parciales, obtenidos de las instituciones gubernamentales que atienden víctimas de esta violencia.

La Delegación de la Mujer, institución judicial del Ministerio de Gobernación, reportó haber atendido en 1994 a 2.299 mujeres víctimas de actos de violencia. En 1995 el número de denuncias ascendió a 5.597. En 1998 hubo 8.370 denuncias. Hasta mayo de 1999 se han reportado 2.262. Este aumento puede tener relación con la existencia desde 1995 de un Plan Nacional contra la Violencia Intrafamiliar y la promulgación de la “Ley Contra la Violencia Doméstica”. Según la misma fuente, en 1995 y hasta mayo de 1996 se atendieron 715 denuncias de jóvenes de 15 a 20 años que manifestaron haber sido objeto de violencia doméstica.

El Patronato Nacional de la Infancia, organismo gubernamental especializado en la protección infantil, comunicó en el primer trimestre de 1997 haber atendido 24.044 casos de niños y adolescentes. Las principales causas fueron conflictos familiares y conyugales (5.423 casos), abandono (5.639 casos), pensión alimentarla (1.727 casos), depósito administrativo (2.566 casos) y maltrato (3.332 casos, 1.209 correspondientes a maltrato físico, 2.021 a maltrato sexual y 102 a maltrato psicológico).

El Hospital Geriátrico Nacional es el único centro que ha iniciado el registro de la violencia doméstica contra adultos mayores. En 1995-1996 se atendieron 92 casos de abandono, de los que 87 fueron mujeres. En 1997 se aplicó un protocolo de detección de violencia doméstica y se notó un incremento en la detección y atención de casos.

Dentro de la reforma del sector salud se ha introducido el tratamiento de la violencia doméstica como parte del modelo readecuado de atención.

Por otra parte, con respecto al problema de adicciones, es posible afirmar que el abuso de sustancias psicoactivas, lícitas e ilícitas, constituye uno de los mayores problemas de salud en el país.

El consumo de alcohol absoluto per cápita, en litros, fue 2,23 en 1970; 2,04 en 1975; 3,03 en 1980 y 2,6 en 1990. En 1995, el porcentaje de la población mayor de 12 años que consume bebidas alcohólicas fue de 62,3 alguna vez; 40,3 en el último año y 24,8 en el último mes.

El porcentaje de la población mayor de 12 años que consume tabaco, en 1995, fue de 35,2 alguna vez; 18,3 en el último año y 17,5 en el último mes. En cuanto a la prevalencia de consumo de tabaco estimado para hombres y mujeres, Costa Rica ocupa la posición número 13 en el continente americano, con un porcentaje de 35,0 en hombres y 20,0 en mujeres, esto según datos de 1988.

El porcentaje del consumo de sustancias ilícitas en la población mayor de 12 años en 1995 fue el siguiente: alguna vez marihuana (3,9) y cocaína (0,9); en el último año marihuana (0,5) y cocaína (0,2) y en el último mes marihuana (0,3) y cocaína (0,1).

III Problema específico de desarrollo que abordará el proyecto y sus descriptores.

Problema específico

El modelo social de abordaje de los trastornos que afectan la salud mental está centrado en la atención del tercer nivel, con serias debilidades y ausencias en promoción de la salud mental y prevención y rehabilitación de los trastornos psiquiátricos. Además, el carácter interdisciplinario del abordaje de los problemas de salud mental es precario.

Por extensión, es ineficaz en la solución de problemas individuales y de orden familiar y social, inequitativo en cuanto a la oferta, continuidad y cobertura de la población afectada, deficiente en la utilización de los recursos institucionales y sociales existentes, de baja calidad en los procesos de atención e insuficiente en cuanto a las capacidades de movilización y convergencia social de recursos y voluntades para enfrentar la problemática nacional

Descriptores³

Asociados al modelo de atención vigente:

- ✓ Administración inadecuada de recursos financieros y humanos.
- ✓ Acciones aisladas de capacitación y sensibilización al personal que no obedecen a un programa nacional.
- ✓ Ausencia de protocolos que especifiquen las normas y procedimientos en la atención de la salud mental.
- ✓ Deficiente dotación de camas a nivel regional, lo que lleva a dificultad en la accesibilidad a los recursos.
- ✓ Acciones aisladas de capacitación y sensibilización al personal que no obedecen a un programa nacional.
- ✓ Psiquiatrización del concepto de salud mental como parte del fenómeno de medicalización de la salud en general.
- ✓ Escaso apoyo a nivel institucional y deficiente coordinación intersectorial, interinstitucional y comunitaria.
- ✓ Falta de aprovechamiento de asesorías internacionales

³ Un mayor detalle de los descriptores está disponible en el Departamento de Salud Mental de la CCSS

-
- ✓ Los decretos aprobados 20665-S de 1991 y el 23984-S de 1995 relacionados con la reestructuración de la atención de la salud mental, se han puesto en práctica de manera mínima.
 - ✓ Existencia de resistencia al cambio del modelo tanto intra como extrainstitucional.
 - ✓ Escasa incorporación de la salud Mental en la Atención Integral de la salud.
 - ✓ No existe un grupo nacional de expertos en salud mental o Consejo Nacional Interinstitucional e intersectorial que discuta y proponga políticas, modelos de organización y protocolos de atención.
 - ✓ Hay insuficiencia en la atención de salud mental en el ámbito comunitario.
 - ✓ El modelo de auditoría actual no permite validar algunas acciones de salud mental que no sean de atención directa al paciente y además obstaculiza la realización de las mismas.
 - ✓ No existen suficientes alianzas estratégicas con instituciones estatales y organismos de la sociedad civil para implementar un modelo diferente.
 - ✓ Las nuevas experiencias de atención en salud mental son escasas, incipientes, limitadas, no están adecuadamente sistematizadas ni se han sometido a debate

Asociados a la red de atención en salud mental existente:

- ✓ Ausencia de funcionamiento en red de servicios de salud mental, tanto emergencias, consulta externa e internamiento, como servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico
- ✓ Acciones aisladas de promoción de la salud mental en todos los niveles de atención
- ✓ Sistema ineficiente e ineficaz de referencia y contrarreferencia entre niveles de atención.
- ✓ Concentración de recursos especializados en el tercer nivel.
- ✓ Escasos recursos en el segundo nivel sin un funcionamiento integrado en un programa de nivel regional y local.
- ✓ Ausencia de recursos de apoyo y deficiente detección de muchos de los problemas de salud mental en este ámbito en el primer nivel de atención
- ✓ No se ha hecho efectivo a nivel institucional el decreto ejecutivo No. 20665-S de 1991 que establece en el art. 1 el reconocimiento de la psiquiatría como la quinta especialidad clínica básica.
- ✓ La CCSS atiende el tema de adicciones de manera parcial, con un enfoque puramente asistencial, de respuesta a la demanda, sin enfatizar aspectos de promoción, prevención e investigación.

Asociados al sistema de información actualmente en operación:

- ✓ No existe información actualizada que permita realizar un diagnóstico de la situación de la salud mental en el país.
- ✓ La información que se tiene acerca de la demanda de servicios en consulta externa y de egresos hospitalarios, es insuficiente y subutilizada para establecer un diagnóstico de necesidades y un plan de desarrollo de la salud mental.
- ✓ No existe un sistema de vigilancia epidemiológica sobre trastornos de salud mental
- ✓ No existe información sobre las acciones de salud mental que están realizando múltiples instancias (instituciones públicas y privadas) en el país.
- ✓ No se registran otras acciones que no sean las de atención directa, por lo cual estas no aparecen en los sistemas de información. Acciones tales como visita domiciliar, psicoterapia, trabajo con grupos, reuniones comunales, intervenciones familiares, visitas a escuelas, asesorías a ONGs, grupos de autoayuda, coordinación interinstitucional y otras.

Asociados a mercadeo social de la salud mental:

- ✓ No existe mercadeo social para la promoción de la salud mental.
- ✓ Insuficiencia de información que facilite a los usuarios una mejor utilización de los servicios.
- ✓ No existe divulgación sistemática interinstitucional ni a la población en general por los diferentes medios de comunicación sobre la promoción de la salud mental, ni sobre la prevención, detección, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales.
- ✓ La divulgación sobre los derechos humanos de los enfermos mentales es insuficiente.

Asociados a la capacitación y formación en salud mental:

- ✓ El curriculum para la formación de los profesionales que atienden la salud y enfermedad mentales, tanto en instituciones públicas como privadas, tiene un énfasis en tratamiento y no incluye suficientes aspectos de investigación, prevención, promoción y rehabilitación, ni aspectos relacionados con el trabajo en equipo, trabajo comunitario y administración de servicios.
- ✓ No existe una planificación del recurso humano especializado en salud mental
- ✓ Los contenidos de los curriculum de pregrado, grado, postgrado y carreras técnicas, no incluyen suficientes aspectos de salud.
- ✓ No existe un programa de educación continua en el área de salud mental.

-
- ✓ Un considerable número⁴ de enfermeras con preparación en salud mental están trabajando en otras áreas.

Asociados a la legislación y normativas existentes en salud mental:

- ✓ La normativa internacional existente sobre los derechos de las personas con trastornos mentales se aplica de manera mínima.
- ✓ No se aplica sistemáticamente el cumplimiento del derecho al consentimiento informado en los pacientes con problemas de salud mental.
- ✓ Los decretos ejecutivos No. 20665-“ de 1991 y el No. 23984-S de 1995, se han aplicado de manera mínima.
- ✓ Otras leyes relacionadas con la atención en salud mental (Ley 7600 de 1996 para la Igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, Código de la Niñez y Adolescencia, 1998 y la Ley contra la Violencia Doméstica de 1996) se aplican de manera mínima, desprotegiendo los derechos de los pacientes con enfermedades mentales.
- ✓ Falta de legislación que regule ciertos procedimientos de la atención como: la contención física o farmacológica, el aislamiento, internamiento y tratamiento involuntarios.

⁴ Existen 138 enfermeras con especialidad en salud mental y psiquiatría, sin embargo únicamente 44 (32 %) trabajan como tales. Febrero del 99

Ilustración 1 : Árbol de problemas de la Producción Social de la Salud Mental en Costa Rica y la respuesta de la CCSS

<i>Problema</i>		
<p>El modelo social de abordaje de los trastornos que afectan la salud mental está centrado en la atención terciaria, con serias debilidades y ausencias en promoción de la salud mental y prevención y rehabilitación de los trastornos psiquiátricos. Además, el carácter interdisciplinario del abordaje de los problemas de salud mental es precario.</p> <p>Por extensión, es ineficaz en la solución de problemas individuales y de orden familiar y social, inequitativo en cuanto a la oferta, continuidad y cobertura de la población afectada, deficiente en la utilización de los recursos institucionales y sociales existentes, de baja calidad en los procesos de atención e insuficiente en cuanto a las capacidades de movilización y convergencia social de recursos y voluntades para enfrentar la problemática nacional</p>		
<i>Nudos críticos del problema</i>		
El modelo de atención vigente	La red de atención en salud mental existente	El sistema de información actualmente en operación
El mercadeo social de la salud mental	La ejecución de la legislación y normativas existentes en salud mental	
<i>La respuesta de la CCSS</i>		
Resultado Esperado 1		Resultado Esperado 2
Se habrá llevado a cabo una reestructuración de la red de atención integral de salud mental a la población, bajo el principio de equidad		Se habrá consolidado la capacidad de conducción del departamento de salud mental e implementado una estructura de seguimiento y evaluación del proyecto

IV Pertinencia del proyecto con la política de salud del país

En nuestro país la problemática relacionada con la salud mental, tiene una gran incidencia en la calidad de vida de las personas, sin embargo en la readecuación del modelo de atención no está de manera explícita la reforma y modernización de la atención en salud mental como una área esencial de desarrollo. Por esta razón, en el proceso de reestructuración de la CCSS, deben incluirse las estrategias necesarias en salud mental que faciliten su inserción en la atención integral de la población del país.

El proyecto es compatible con las acciones incluidas en el Plan Nacional de Desarrollo 1998-2002 en el capítulo de atención integral de la salud, donde se establece la necesidad de fortalecer el nuevo modelo de atención integral a las personas y de consolidar la estrategia de atención primaria.

El proyecto se considera prioritario y es afín con las políticas incluidas en el ámbito de desarrollo y consolidación del sistema de salud. En el área de acción, reforma y fortalecimiento institucional del Plan Nacional de Salud 1999-2004, se establece la necesidad de propiciar programas y proyectos especiales en áreas o campos que se identifiquen como prioritarios, con el fin de mejorar las condiciones de la atención de la salud, promover estilos de vida saludables y la asignación de recursos institucionales con mayor equidad.

El proyecto propuesto también favorece el logro de la política de salud “fortalecimiento de la atención integral sin ningún tipo de discriminación, con equidad de género, para dar respuesta a las necesidades y problemas de salud de la población”⁵. Esta política establece la necesidad de ofrecer servicios de atención integral en salud con las mejores condiciones de oportunidad, accesibilidad, eficiencia, efectividad, seguridad y calidad.

Asimismo, el proyecto está en el marco de las políticas institucionales que contemplan, por un lado, la prestación de servicios de salud bajo los principios de la seguridad social, a saber, universalidad, solidaridad, unidad, igualdad, equidad y obligatoriedad, dentro del respeto a los derechos fundamentales y la libertad; y por otro, la prestación de servicios de atención integral a la salud que comprende la promoción de la salud, la prevención, la atención de la enfermedad y la rehabilitación, con un enfoque familiar, comunitario y ambiental.

De acuerdo con lo expuesto, el proyecto para la promoción de la salud mental y la reestructuración de la red para la atención de los trastornos mentales, es coherente con las políticas nacionales, del sector salud y las de la CCSS.

⁵ Plan Nacional de Salud 1999-2004, Ministerio de Salud

V Finalidad

El proyecto se ubica en el contexto de la sociedad costarricense al inicio del nuevo siglo, como una continuidad de múltiples esfuerzos realizados para materializar el compromiso del Gobierno, el sector salud, la Caja Costarricense de Seguro Social y la sociedad civil con la innovación del modelo de la salud mental en el país.

La finalidad del proyecto refleja el sentir de diferentes actores interesados, involucrados y comprometidos con esta innovación. Nos referimos a asociaciones de pacientes y familiares, grupos de autoayuda, organismos no gubernamentales, asociaciones comunales, sector privado y grupos de profesionales y técnicos, entre otros, con la convicción de que los trastornos mentales no deben ser un estigma social y que el paciente mental también tiene derechos que la sociedad debe respetar y promover

Existen diversas señales de este compromiso y diversas experiencias en curso que reflejan la consecuencia con un abordaje renovado e innovador para el desarrollo de la salud mental en el país. Costa Rica ha participado en conferencias internacionales (Caracas, 1990; Panamá, 1991) donde se abordó el tema de la reestructuración de la atención psiquiátrica y la transformación de los contenidos curriculares para la formación de psiquiatras desde una perspectiva más social, comunitaria y humana.

VI Propósito

Innovar el modelo de atención de la salud mental en Costa Rica implica, entre otras cosas, cambiar el esquema de atención, de tal manera que la promoción de la salud mental y la atención integral a las personas con trastornos mentales forme parte de las acciones que se realizan en todos los niveles de atención.

La transformación del modelo conlleva la utilización de un enfoque familiar y comunitario bajo el principio del respeto a los derechos humanos de las personas con trastornos mentales e implica también organizar una red de servicios a nivel nacional que funcione de acuerdo a la desconcentración institucional y que cuente con una adecuada distribución y capacitación del recurso humano.

Transformar el modelo de promoción y atención en salud mental es una respuesta a los desafíos de calidad y equidad, integralidad de la atención, eficiencia en la utilización de los recursos y eficacia de las intervenciones; así como perfeccionar la información y educación del público en asuntos que conciernen a la salud mental.

Considerando lo anteriormente expresado, el proyecto propone dos resultados esperados para alcanzar este propósito. Uno de ellos está orientado hacia la reorganización de la red de atención bajo el principio de equidad y otro orientado a incrementar las capacidades de conducción del Departamento de Promoción de la Salud de la CCSS para el desarrollo de la salud mental. Ambos resultados combinados apuntan a consolidar un liderazgo institucional a favor de la transformación de la red de atención, como elemento substantivo del cambio del modelo de atención actual.

VII Estrategias

Conforme se ha venido analizando en el contenido del presente documento, existen razones ampliamente justificadas de tipo técnico, económico, social y político que están demandando un replanteamiento del modelo de atención en salud mental del país, con énfasis en la promoción de la salud mental y la reestructuración de la red de atención integral a la población.

Como alternativa a la visión tradicional de intervención en salud mental, se presenta un abordaje diferente que responda a las necesidades de la población del país, enfatizando la promoción, replanteando el rol de los tres niveles de atención, estimulando una adecuada distribución de los recursos e implementando nuevas técnicas, conocimientos y experiencias, así como la aplicación del marco legal vigente, entre otros aspectos ligados al proceso de reforma y modernización institucional.

El proyecto será dirigido desde el departamento de Salud Mental como el ente técnico coordinador en su conjunto, con un rol facilitador en el desarrollo del proceso. Además, se incorporarán en la ejecución del proyecto los diferentes niveles ejecutivos de acuerdo con el proceso de desconcentración institucional.

Los equipos interdisciplinarios que se conformen, operarán como corresponsables de la ejecución en sus respectivos ámbitos de influencia. La programación anual del proyecto se realizará utilizando el modelo de Planes Anuales Operativos de la institución. La evaluación y seguimiento de procesos y productos del proyecto se hará de manera continua con cortes semestrales.

Una vez elaborada, consultada y lograda su aprobación, la implementación de la propuesta se llevará a cabo por medio de las siguientes estrategias:.

- ✓ Integración de grupos de expertos para apoyo técnico y acompañamiento del abordaje de temas específicos.
- ✓ Movilización de recursos de cooperación externa.

-
- ✓ Coordinación intersectorial, intra y extrainstitucional, con énfasis en la participación de la comunidad, sector privado, ONGs, Grupos de Autoayuda, Asociaciones.
 - ✓ Implementación gradual por fases conforme a disponibilidad de recursos.
 - ✓ Sensibilización y divulgación a la población en general.
 - ✓ Sensibilización y capacitación al personal de salud.

Nuestra hipótesis es que la ejecución de las estrategias planteadas y de las actividades asociadas a la consecución de los resultados esperados previstos, nos conducirá a la obtención del propósito de este proyecto: transformar el modelo de atención en salud mental vigente actualmente en el país.

El proyecto tendrá ámbito nacional, sin detrimento del desarrollo de respuestas locales asociadas a problemas de salud mental específicos. El Departamento de Salud Mental (DSM) brindará apoyo técnico a los equipos locales para establecer el diagnóstico de la situación de salud mental y la preparación de la propuesta interprogramática de intervención correspondiente. Además, fomentará el intercambio de experiencias exitosas en el abordaje de diferentes tópicos.

La población del país en su conjunto recibirá beneficios directos e indirectos de la operación del proyecto. Ahora bien, el énfasis del proyecto estará orientado hacia los grupos de riesgo expuestos a los trastornos de mayor prevalencia: afectivos, ansiedad, adicciones, víctimas de la violencia intrafamiliar, entre otras. Tal y como ya se ha mencionado, se privilegiarán las respuestas locales a situaciones específicas.

VIII Situación actual y al finalizar la primera fase de operación del proyecto en el año 2002

En las últimas décadas el país ha venido enfrentando cambios en aspectos socioculturales, económicos, políticos y de valores, que han afectado la salud mental de la población. Esta situación ha incidido en un aumento de la demanda de los servicios de salud debido al incremento de la violencia intra y extrafamiliar, accidentes de tránsito, adicciones, suicidios, desintegración familiar, trastornos afectivos, de ansiedad y fenómenos migratorios como las consecuencias más relevantes para los servicios de la CCSS.

A pesar de lo anterior, el modelo de atención en salud mental vigente, mantiene una estructura centralizada en hospitales psiquiátricos del tercer nivel, enfatizando la atención psiquiátrica directa a las patologías de mayor disonancia social (esquizofrenia, trastorno bipolar, psicosis orgánica, entre otros) con participación

del segundo nivel de atención por medio de la existencia de especialistas en las Clínicas Periféricas, Hospitales Regionales y Periféricos.

En el primer nivel de atención están disponibles normativas básicas para identificar algunos problemas de salud mental. Sin embargo, carece de un programa de salud mental y de apoyo sistemático en cuanto a capacitación, promoción de la salud mental, rehabilitación psicosocial, salud mental escolar, organización de grupos de autoayuda, asesorías a ONGs, organización comunal, entre otros. Asimismo, no considera aspectos referidos al respeto y cumplimiento de los derechos humanos de las personas con trastornos de salud mental. Lo anteriormente expuesto se refleja en la calidad de servicios que se prestan en este nivel.

Debido a la complejidad de la problemática planteada, el proyecto, como respuesta de la CCSS, centra su atención en los aspectos sensibles del mismo que pueden ser abordados desde la institución. Dentro de esta línea de pensamiento, se prevé que al finalizar el proyecto en su primera fase existirá una situación mejor que la actual.

El DSM estará jugando un nuevo rol en la transformación del modelo de atención en salud mental y la red de atención estará transformada en sus principales aspectos:

El Hospital Nacional Psiquiátrico estará asumiendo una nueva misión en la red nacional de atención

Estarán sensibilizados y capacitados funcionarios del nivel regional y local en una nueva manera de abordar el desarrollo de la salud mental

Existirán equipos multidisciplinarios funcionando en todos los hospitales del país y las clínicas metropolitanas.

Existirán opciones residenciales funcionando para pacientes psiquiátricos crónicos actualmente hospitalizados.

La CCSS contará con políticas institucionales de salud mental como parte de su propuesta general.

Continuará ejecutándose el proyecto de atención a las adicciones al alcohol y otras drogas, dentro de la institución y en áreas de salud seleccionadas del país

El rol de los EBAIS en la promoción de la salud mental estará evaluado y sus resultados difundidos y conocidos por las autoridades de la institución

Estará funcionando un consejo asesor del DSM.

En las regiones de salud se habrán organizado debates acerca del estado de la salud mental en la población bajo su área de influencia.

Existirán iniciativas para incorporar aspectos de salud mental en otros programas a cargo de otras dependencias institucionales.

IX Consideraciones especiales.

Esta propuesta representa un abordaje novedoso para el desarrollo de la salud mental en el ámbito nacional desde la CCSS. La ejecución del proyecto tomará en consideración, en la medida de lo posible, las mejores experiencias de renovación de la salud mental, tanto nacionales como internacionales. Asimismo, en la puesta en práctica del proyecto, al encontrarse con resistencias de diversa índole, se deben prever estrategias de negociación para obtener las contribuciones en estos ámbitos.

La propuesta contempla, como uno de sus ejes centrales, el apoyo técnico a los niveles locales de ejecución de la CCSS y el involucramiento de otros actores en el desarrollo de la salud mental, en el marco del proceso de desconcentración institucional que está cambiando los papeles de los niveles locales y nacionales de la institución. Esto obliga a tomar en cuenta el hecho de que los actores locales tienen su propia agenda e intereses, que deben hacerse coincidir con la manera propuesta de abordar el desarrollo de la salud mental.

Otro de los ejes es la integración de grupos interprogramáticos que le proporcionen un carácter interdisciplinario a la ejecución de la propuesta institucional que se promueve. La búsqueda de intereses comunes y la convergencia en la acción que incentive el trabajo en conjunto, no es una tarea fácil de acuerdo a la experiencia institucional.

Al igual que otros países de América Latina, Costa Rica carece de la información epidemiológica necesaria para organizar programas nacionales de salud mental. Además, los sistemas de registro continuo de la CCSS proporcionan una información restringida. Lo anterior conduce a la necesidad urgente de realizar encuestas epidemiológicas y revisar los sistemas de registro continuo institucionales, que permitan la generación de información básica que apoye los procesos decisorios en el ámbito nacional. Estas son tareas técnicas complejas de gran envergadura que compiten con otras necesidades de información para la toma de decisiones.

La formulación de la propuesta y la ejecución del proyecto requieren recursos disponibles, tanto humanos como financieros, a definir, cuya disponibilidad estaría sujeta a negociación con diferentes instancias de la institución.

X Supuestos y riesgos

Relativos a la reestructuración de la red

La reestructuración de la red conlleva un nuevo rol de cada uno de los niveles de atención y de las unidades que los conforman, y una adecuada administración de los recursos. Por otra parte, implica el funcionamiento en red de los servicios de promoción de la salud mental y consulta externa, emergencia, internamiento, rehabilitación y servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico. Las acciones de prevención de los trastornos mentales deberán ser un eje transversal en todos los servicios de atención.

Reestructurar la red implica también poner en práctica los decretos Nro. 20665-S de 1991 y 23984-S de 1995, que se refieren, entre otros aspectos, al reconocimiento de la psiquiatría como la 5ta. Especialidad médica y la asignación de al menos un cinco por ciento de las camas en todos los hospitales del país para personas con trastornos mentales. La consecuencia de la puesta en práctica de los decretos es la reorganización de las áreas de psiquiatría en todos los hospitales del país y la oferta de atención psiquiátrica en todas las otras unidades que ofrezcan las otras cuatro especialidades médicas básicas.

Además, la reestructuración de la red va a ocurrir en un entorno de transformación institucional en el marco del proceso general de reforma y modernización y del proceso específico de desconcentración. Por lo anteriormente mencionado, el proyecto **supone** que la reestructuración de la red ocurre en un entorno de apoyo institucional. Es decir, que líderes nacionales y locales de la CCSS están comprometidos con reestructuración de la red, brindando un apoyo práctico para que ésta sea una realidad, y que la misma, ya en calidad de propuesta, sea aprobada por acuerdo firme de la Junta Directiva.

Relativos al liderazgo del Departamento de Salud Mental

Reestructurar la red requiere un fuerte y compartido liderazgo institucional. Al DSM le corresponde conducir este proceso, pero un proceso tan complejo, que requiere para su puesta en ejecución la convergencia de recursos de diferente índole (políticos, de información, económicos), no puede ser asumido sólo por una instancia institucional.

Por esta razón, el proyecto **supone** que el DSM tendrá en el desempeño de sus funciones el apoyo político y administrativo de la Gerencia Médica y la Junta Directiva de la CCSS, que se traducirá, entre otras manifestaciones, en un presupuesto de soporte y la existencia de grupos de apoyo técnico para la implementación de la propuesta.

El riesgo que se corre, si estos supuestos no se cumplen, es que el propósito del proyecto y sus resultados esperados no se alcancen.

Relativos a la respuesta de la población ante la reestructuración

Tanto en Costa Rica como en otros países donde se han llevado a cabo experiencias similares de reestructuración de la red de atención, se corre el riesgo de que la población perciba este proceso como una amenaza relacionada con dos estereotipos 1) que las personas con trastorno mental son peligrosas y 2) que en consecuencia requieren ser segregadas.

Por otro lado, los familiares de las personas con trastornos mentales socialmente disonantes se resisten a asumir responsabilidades que impliquen la interacción de estas personas con la vida en familia y en comunidad. La resistencia obedece en parte a que no perciben la existencia de un apoyo institucional que facilite el desarrollo de capacidades, tanto de la familia como de la comunidad y las personas con esos trastornos, para que interactúen en familia y comunidad.

Otra razón de peso en algunas situaciones específicas de familiares de estas personas es que no poseen los medios económicos necesarios para integrarlas en el núcleo familiar y la comunidad.

Considerando el peso de estos argumentos, el proyecto **supone** que es indispensable el concurso y la aceptación de la población para la reestructuración de la red. De hecho, el proyecto propone acciones de sensibilización a la comunidad y familiares y el fortalecimiento y fomento de organizaciones de usuarios y familiares.

Relativos a las opciones residenciales

Las opciones residenciales son un elemento clave de la reorganización de la red de atención y de la transformación de la misión del Hospital Nacional Psiquiátrico y del Hospital Chacón Paut. Desinstitucionalizar a los pacientes psiquiátricos actualmente hospitalizados y eliminar la institucionalización en el futuro representan una clara manifestación de respeto a los derechos humanos de estas personas y una evidencia de que la sociedad costarricense no las segrega, sino que les ofrece una oportunidad de vivir dignamente integradas a su comunidad.

Por otra parte, desarrollar opciones residenciales significa poner en práctica la “Ley de igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad” aprobada en 1996. La ley en su artículo 11 señala que “Las personas con discapacidad que no disfruten del derecho de vivir con su familia, deberán contar con opciones para vivir, con dignidad, en ambientes no segregados”. Lo anteriormente expuesto incluye a los discapacitados mentales.

Ahora bien, poner en práctica el concepto de opciones residenciales **supone** la existencia de apoyo político y financiero, no solo de las más altas autoridades de la institución, sino también de otras instituciones del Estado y del compromiso de la sociedad civil.

XI Matriz del marco lógico y cronograma general de actividades

Jerarquía de Objetivos	Indicadores	Fuentes de Verificación	Supuestos
FIN La sociedad costarricense habrá asumido el compromiso de innovar el modelo de la salud mental en el país	Los compromisos adquiridos en la "Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas de Salud", Caracas, Venezuela, 1990, puestos en práctica para el año para finales del año 2002	Informe técnico del Dpto. de Salud mental de la CCSS	El Gobierno, en especial, las instituciones del sector salud y la sociedad en general, son consecuentes con los compromisos adquiridos

<p>PROPOSITO</p> <p>Modelo de atención en salud mental reestructurado, bajo los principios de calidad y equidad, atención integral en red, respeto a los derechos de los pacientes y promoción de la salud</p>	<p>Dos decretos ejecutivos (No. 20665- de 1991 y el No. 23984-S de 1995), ejecutados, para finales del año 2002</p> <p>Recomendaciones del estudio "Derechos humanos de las personas con salud mental en el sistema de salud de Costa Rica, Junio 97", implementadas, para finales del año 2002</p> <p>Una propuesta de desarrollo de la equidad en todos los niveles de atención en salud mental, elaborada y ejecutada, para finales del año 2002</p>	<p>Visitas de campo</p> <p>Informe técnico del Dpto. de promoción de la Salud</p> <p>Informe técnico del Dpto. de Salud</p>	<p>La reestructuración de la red sucede en un entorno de apoyo institucional</p>
---	---	---	--

Jerarquía de objetivos	Indicadores	Fuentes de verificación	Supuestos
<p>RESULTADO ESPERADO</p> <p>Se habrá llevado a cabo una reestructuración de la red de atención integral en salud mental a la población, bajo el principio de equidad.</p>	<p>Una propuesta de red nacional de atención integral en salud mental a las personas con trastornos mentales, dic. 2001.</p> <p>Política de salud mental incorporada a la propuesta general de políticas de la institución, enero 2001.</p> <p>Un proyecto de reestructuración del HNP elaborado (junio 2001) y puesto en práctica en su fase inicial (julio-dic. 2002)</p> <p>Un proyecto de estrategias para el manejo de la problemática de adicciones al alcohol y otras drogas en la atención integral del usuario y sus familiares en la CCSS, elaborado a enero 2001.</p> <p>24 talleres de sensibilización y capacitación acerca del desarrollo de la salud mental en los tres niveles de atención, realizados para finales del año 2002</p> <p>41 equipos interdisciplinarios de salud mental creados y funcionando en el ámbito nacional, en hospitales, clínicas y áreas de salud designadas, para finales del año 2002.</p> <p>Personas institucionalizadas en hospitales psiquiátricos reubicadas en opciones residenciales para finales del año 2002.</p>	<p>Documento de red nacional</p> <p>Documento de políticas institucionales</p> <p>Documento del proyecto</p> <p>Documento de proyecto</p> <p>Lista de participantes en talleres de sensibilización y capacitación</p> <p>Visita de campo y entrevistas</p> <p>Listado de personas con trastornos mentales crónicos reubicados en opciones residenciales</p>	<p>Existe apoyo político y financiero para el desarrollo de opciones residenciales</p> <p>La población recibe de buena manera la reestructuración de la red</p> <p>La reestructuración de la red coincide y se fortalece con el proceso de modernización institucional</p>

Jerarquía de objetivos	1er semestre 2001						2do semestre 2001						1er. Semestre 2002					
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN
Elaborar una propuesta de red nacional de atención integral en salud mental *	X	X	X	X	X	X												
Coordinar con la dirección de planificación institucional la formulación de las políticas de salud mental *	X	X	X															
Elaborar un proyecto de reestructuración del HNP * ⁶							X	X	X	X	X	X						
Elaborar un proyecto de estrategias para el manejo de la problemática de adicciones al alcohol y otras drogas*		X	X	X														
Elaborara el programa de sensibilización y capacitación *	X	X	X															

⁶ Actividad prioritaria

Elaborar un marco de referencia para el trabajo de los equipos interdisciplinarios *	X	X	X	X	X	X												
Formular la estrategia de opciones residenciales para personas con trastornos mentales crónicos hospitalizados e identificar estrategias para evitar la institucionalización de personas con trastornos mentales *	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
Negociar con diferentes programas institucionales la incorporación de contenidos de salud mental en los compromisos de gestión de todas las unidades prestadoras de servicios	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Jerarquía de objetivos	1er semestre 2001						2do semestre 2001						1er. Semestre 2002					
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN
Organizar un equipo de expertos para la definición de protocolos de atención de los trastornos más prevalentes en los diferentes grupos de edad y riesgo	X	X	X	X	X	X												
Coordinar con la gerencia medica la revisión del sistema de referencia y contrarreferencia y debatir nuevas iniciativas para el seguimiento de personas con trastornos de salud mental	X	X	X	X	X	X	X	X										
Participar en la revisión de los curriculum de grado y postgrado de profesionales y técnicos vinculados y no vinculados a salud mental y estimular el desarrollo de nuevos perfiles profesionales y técnicos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Coordinar con el CENDEISS la elaboración e implementación de un programa de educación continua en salud mental			X	X	X					X	X	X						
Negociar con auditoria la redefinición de los parámetros de evaluación de la productividad de la hora profesional							X	X	X									
Participar en la elaboración de un proyecto de ley que regule contención física, farmacológica, consentimiento informado, internamiento voluntario e involuntario	X	X	X															

Jerarquía de objetivos	Indicadores	Fuentes de verificación	Supuestos
<p>RESULTADO ESPERADO</p> <p>Se habrán consolidado las capacidades de conducción del departamento de salud mental e implementado una estructura de seguimiento y evaluación del proyecto</p>	<p>Reestructuración del DSM aprobada y funcionando, julio 2001</p> <p>Un consejo asesor del departamento de salud metal organizado y funcionando, marzo del año 2002</p> <p>Instrumento de evaluación del desempeño de EBAIS seleccionados en la promoción de la salud mental, elaborado, marzo del año 2002</p> <p>2 foros regionales de debate de la problemática de salud mental en el ámbito regional, para finales del año 2002</p> <p>Evaluaciones anuales del proyecto y de los PAO, realizadas, para finales del año 2002</p>	<p>Acuerdo de Junta Directiva</p> <p>Actas de funcionamiento del consejo asesor</p> <p>Documento de evaluación del desempeño de los EBAIS en la promoción de la salud mental</p> <p>Informe anual de realización de los foros</p> <p>Documento de evaluaciones anuales del proyecto</p>	<p>El Dpto. de salud mental (DSM) tendrá en el desempeño de sus funciones el apoyo político y administrativo de la Gerencia Médica y de la Junta Directiva de la CCSS</p> <p>Estará disponible un presupuesto de soporte para la ejecución de los PAO del DSM</p> <p>Existirá un grupo de apoyo técnico para el desempeño de las funciones del DSM</p> <p>El DSM dispondrá de un equipo multidisciplinario de apoyo</p>

Jerarquía de objetivos	1er semestre 2001						2do semestre 2001						1er. Semestre 2002					
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN
Solicitar el estudio de reorganización del DSM a la Dirección de Desarrollo Organizacional	X																	
Elaborara una propuesta de estructura y funcionamiento del consejo asesor del departamento de salud mental *			X	X	X													
Diseñar un instrumento de evaluación del desempeño de los EBAIS en la promoción de la salud mental, realizar una prueba de terreno y organizar su aplicación en EBAIS seleccionados *	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
Organización de foros de debate regionales de la problemática de desarrollo de salud mental *									X						X			
Evaluación anual del proyecto y PAO *						X						X				X		
Gestionar recursos de cooperación técnica internacional para el desarrollo de la salud mental	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	

Jerarquía de objetivos	1er semestre 2001						2do semestre 2001						1er. Semestre 2002					
Actividades	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN
Explorar posibilidades de establecer alianzas estrategias con otras gerencias (modernización y desarrollo, pensiones) y con otras instituciones, municipios, ONGs, sector privado y organizaciones comunitarias independientes (IAFA, Defensoría de los Habitantes, CNREE, Hogares Salvando al Alcohólico, Cámaras de Comercio, entre otros)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Participar en el desarrollo de nuevas experiencias de promoción de la salud mental en el país	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Estimular la reactivación del Consejo Nacional de Salud Mental		X	X	X														
Gestionar ante la dependencia de comunicación organizacional de la institución la elaboración de un programa publicitario permanente de información y educación acerca de los principales problemas de salud mental y promoción de estilos de vida saludables y apoyar la definición de sus contenidos					X	X	X											

Jerarquía de objetivos	1er semestre 2001						2do semestre 2001						1er. Semestre 2002					
Actividades	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN
Coordinar con el departamento de bioestadística la revisión de las encuestas de morbilidad de consulta externa		X	X	X														
Gestionar ante diversos interesados el apoyo para la elaboración de una investigación nacional de prevalencia de enfermedades mentales			X	X	X													

XII Calendario de acciones estratégicas

Acciones	Período
Formulación preliminar de la propuesta	1ra semana de Marzo, 2000
Revisión por parte del grupo técnico de trabajo	2da. Semana de Marzo
Presentación a autoridades para aprobación inicial	2ra semana de Marzo
Consulta con otros actores sociales	3ra semana de Marzo – 3ra semana de Septiembre
Enriquecimiento de la propuesta con los aportes de la consulta	4ta. Semana de Septiembre – 4ta. Semana de Octubre
Presentación a Junta Directiva para aprobación	Noviembre
Inicio de operaciones del proyecto	Enero 2001

XIII Requerimientos mínimos de recursos para finalizar la formulación de la propuesta

Dos enfermeras profesionales especialistas en salud mental, con dedicación exclusiva por un período de siete meses.

Un profesional con experiencia en formulación de proyectos para ser contratado por servicios profesionales por un período de siete meses

Un monto aproximado de un millón de colones en la partida de servicios no personales para desarrollar el proceso de consulta

Un consultor para apoyar la etapa de formulación de la propuesta, con formación de salud pública y experiencia en reestructuración de modelos de salud mental.

XIV Anexos

Declaración de Derechos del Enfermo Mental, Caracas

- Derecho del enfermo mental a ser tratado en todo momento con el respeto y la dignidad propia de su condición de persona.
- Derecho a no ser calificado como enfermo mental ni ser objeto de diagnósticos o tratamientos en esa condición por razones políticas, sociales, raciales, religiosas y otros motivos distintos o ajenos al estado de su salud mental.
- Derecho a recibir la mejor atención y tratamiento apropiado y menos restrictivo, según las más elevadas normas técnicas y éticas.
- Derecho a ser informado sobre su diagnóstico y tratamiento más adecuado y menos riesgoso, y de prestar y revocar su consentimiento para ejecutarlo.
- Derecho a no ser objeto de pruebas clínicas, ni de tratamientos experimentales sin su consentimiento por escrito.
- Derecho a que sus antecedentes personales y fichas de historias clínicas se mantengan en reserva y a tener acceso a esa información.
- Derecho a recibir o rechazar auxilio espiritual o religioso, y de libertad de conciencia y religión.
- Derecho de recibir educación y capacitación adecuada a su estado.
- Derecho a trabajar y a recibir la remuneración correspondiente.
- Derecho a personalidad civil y a que su incapacidad para ejercer derechos sea determinada por un tribunal, y a través de un procedimiento por la ley al efecto.
- Derecho a que en caso de ser inculcado por algún delito o infracción criminal su responsabilidad o inimputabilidad se determine por un tribunal de justicia, según las reglas del debido proceso, en un procedimiento que considere el estado de su salud con la intervención de profesionales expertos.
- Derecho a un recurso eficaz ante un tribunal y mediante un procedimiento simple y expedito fijado por la ley, para reclamar de toda acción u omisión que desconozca o lesione sus derechos.
- Derecho a no ser discriminado legalmente en el goce y ejercicio de sus derechos, en atención al estado de su salud.

Fuente: "Declaración de Caracas (OPS), (OMS) adoptada en Venezuela el 14 de noviembre de 1990 por la Conferencia Regional para la Reestructuración de la atención psiquiátrica dentro de los sistemas de salud."

Declaración de Luxor sobre los derechos humanos y de la salud mental

La presente Declaración que marca el 40 aniversario de la Federación Mundial de la Salud Mental, fundada el 21 de agosto de 1948, y de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, proclamada el 10 de diciembre de 1948, ha sido adoptada por vez primera el 17 de enero de 1989 bajo el nombre de Declaración de Luxor, Egipto. La presente revisión confirma la inquietud de la Federación no solo por los individuos definidos como enfermos mentales, sino también por aquellos que son vulnerables a la enfermedad o trastorno mental y emocional o que corren el riesgo de estar expuestos a ella. La Federación considera que los Derechos Humanos, trasciende las fronteras políticas, sociales, culturales y económicas, y se aplican a la raza humana en su conjunto. Fue adoptada por el Consejo de Administración de la Federación el 26 de agosto de 1989, con ocasión de su Congreso Mundial Bienal de la Salud Mental, celebrado en Auckland, Nueva Zelanda.

Publicado por la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Preámbulo

Considerando que el documento fundacional de la Federación Mundial de la Salud Mental de 1948, titulado Salud Mental y Ciudadanía Mundial, establece que la salud mental constituye “una promesa formal, reflexiva y responsable hacia la humanidad considerada como un todo” “basada en el libre consentimiento” y en el “respeto a las diferencias individuales y culturales”;

Considerando que los seres humanos designados públicamente o diagnosticados profesionalmente y tratados e ingresados como enfermos mentales, o afectados por una perturbación emocional, comparten según los términos de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas de 1948, “la dignidad inherente” y “los derechos iguales e inalienables de los miembros de la familia humana” y, según los términos del documento fundacional de la FMSM, una “humanidad común” con los otros seres humanos del mundo entero;

Considerando que la Organización Mundial de la Salud define la salud como “un estado de bienestar físico, mental, social y moral completo y no solo como la ausencia de enfermedad o dolencia;

Considerando que el diagnóstico de enfermedad mental establecido por un experto en salud mental será conforme a criterios médicos, psicológicos, científicos y éticos reconocidos y que la dificultad para adaptarse a valores morales, sociales, políticos u otros no será considerada en sí misma como una enfermedad mental; considerando igualmente que, a pesar de todo, aún hoy, algunos individuos son designados y diagnosticados en ocasiones como enfermos mentales o tratados y encerrados como tales;

Considerando que las enfermedades mentales graves no solo obstaculizan la capacidad del individuo para el trabajo, el amor y el ocio, sino que también impiden a su familia o a

su comunidad vivir normalmente e imponen a la sociedad una carga permanente de cuidados;

Considerando que la FMSM reafirma la existencias de las libertades y derechos fundamentales expuestas en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas de 1948, así como los instrumentos ulteriores de estos derechos;

Considerando que la FMSM reconoce que la aplicación de estos principios exige tener en cuenta las circunstancias culturales, económicas históricas, sociales espirituales y otras de las sociedades específicas, y respetar en todos los casos los criterios básicos de los derechos humanos, que sobrepasan los límites de los grupos políticos y culturales,

El Consejo de Administración de la FEDERACION MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL, proclama la presente DECLARACION DE LOS DERECHOS HUMANOS Y DE LA SALUD MENTAL

La norma común a todos los pueblos y naciones de la familia humana.

Artículo 1

La promoción de la salud mental incumbe a las autoridades gubernamentales y no gubernamentales, tanto como a los organismos intergubernamentales, sobre todo en tiempos de crisis. De acuerdo con la definición de salud de la OMS y con el reconocimiento de la preocupación de la FMSM por su funcionamiento óptimo, los programas de salud y de salud mental contribuirán tanto al desarrollo de la responsabilidad individual y familiar en relación con la salud personal y con la de grupos, como a la promoción de una calidad de vida lo más elevada posible.

Artículo 2

La prevención de la enfermedad o de trastorno mental o emocional constituye un componente esencial de todo sistema de servicio de salud mental. En este terreno la información será difundida tanto entre los profesionales como entre el público en general. Los esfuerzos de prevención deben incluir igualmente, una atención que sobrepasa los límites del sistema mismo de asistencia en salud mental y ocuparse de las circunstancias ideales de desarrollo, comenzando por la planificación familiar, la atención prenatal y perinatal, para continuar a lo largo de todo el ciclo de la vida proporcionando suficientes cuidados generales de salud, posibilidades de educación, de empleo y de seguridad social. Será prioritaria la investigación sobre la prevención de las afecciones mentales, de las enfermedades y de la mala salud mental.

Artículo 3

La prevención de la enfermedad y del trastorno mental o emocional y el tratamiento de aquellos que los sufren exige la cooperación entre sistemas de salud, de investigación y de seguridad social intergubernamentales, gubernamentales y no gubernamentales, así como de las instituciones de enseñanza. Una cooperación semejante comprende la participación de la comunidad y la intervención de las asociaciones de atención mental, profesionales y voluntarias, y también de los grupos de consumidores y de ayuda mutua.

Incluirá la investigación, la enseñanza, la planificación y todos los aspectos necesarios acerca de los problemas que pudieran surgir, así como la prestación de servicios directos.

Artículo 4

Los derechos fundamentales de los seres humanos designados o diagnosticados, tratados o definidos como mental o emocionalmente enfermos o perturbados, serán idénticos a los derechos del resto de los ciudadanos. Comprenden el Derecho a un tratamiento no obligatorio, digno, humano y cualificado, con acceso a la tecnología médica, psicológica y social indicada; la ausencia de discriminación en el acceso equitativo a la terapia o de su limitación injusta a causa de convicciones políticas, socioeconómicas, culturales, éticas, raciales, religiosas, de sexo, edad u orientación sexual; el derecho a la vida privada; y a la confidencialidad el derecho a la protección de la propiedad privada; el derecho a la protección de los abusos físicos y psicosociales; el derecho a la protección contra el abandono profesional y no profesional; el derecho de cada persona a una información adecuada sobre su estado clínico. El derecho al tratamiento médico incluirá la hospitalización, el estatuto de paciente ambulatorio y el tratamiento psicosocial apropiado, con la garantía de una opinión médica, ética y legal reconocida, y en los pacientes internados sin su consentimiento, el derecho a la representación imparcial, a la revisión y a la apelación.

Artículo 5

Todos los enfermos mentales tienen derecho a ser tratados según los mismos criterios profesionales y éticos que los otros enfermos. Esto incluye un esfuerzo orientado a la consecución por parte del enfermo del mayor grado posible de autodeterminación y de responsabilidad personal. El tratamiento se realizará dentro de un cuadro conocido y aceptado por la comunidad, de la manera menos molesta y menos restrictiva posible. En este sentido, será positivo que se aplique lo mejor en interés del paciente y no en interés de la familia. La comunidad, los profesionales o el Estado. El tratamiento de las personas cuyas posibilidades de gestión personal se hayan visto mermadas por la enfermedad, incluirá una rehabilitación psicosocial dirigida al restablecimiento de las aptitudes vitales y se hará cargo de sus necesidades de alojamiento, empleo, transporte, ingresos económicos, información y seguimiento después de su salida del hospital.

Artículo 6

Todas las poblaciones contienen grupos vulnerables y particularmente expuestos a la enfermedad o trastorno mental o emocional. Los miembros de estos grupos exigen una atención preventiva, y también terapéutica, particular, al igual que el cuidado en la protección de su salud y de sus derechos humanos. Se incluyen las víctimas de las catástrofes naturales, de las violencias entre comunidades y la guerra, las víctimas de abusos colectivos, comprendidos aquellos que proceden del Estado; también los individuos vulnerables a causa de su movilidad residencial (emigrantes, refugiados), de su edad (recién nacidos, niños, ancianos), de su estatuto de inferioridad (étnica, racial, sexual, socioeconómica), de la pérdida de sus derechos civiles (soldados, presos) y de su salud. Las crisis de la vida, tales como los duelos, la ruptura de la familia y el paro, exponen igualmente a los individuos a estos riesgos.

Artículo 7

La colaboración intersectorial es esencial para proteger los derechos humanos y legales de los individuos que están o han estado mental o emocionalmente enfermos o expuestos a los riesgos de una mala salud mental. Todas las autoridades públicas deben reconocer la obligación de responder a los problemas sociales mayores ligados a la salud mental, del mismo modo que a las consecuencias de condiciones catastróficas para la salud mental. La responsabilidad pública incluirá la disponibilidad de servicios de salud mental especializados, en la medida de lo posible dentro del contexto de una infraestructura de atención primaria, así como una educación pública referida a la salud y a la enfermedad mentales y a los medios de que se dispone para contribuir a la primera y hacer frente a la segunda.

Artículo 8

Ningún Estado, grupo o persona puede deducir nada de la presente Declaración que implique derecho alguno a abrazar una confesión o a comprometerse en cualquier actividad que conduzca a la destrucción de ninguno de los derechos o libertades citados previamente.

Traducción: Pilar González Rodríguez

Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental, adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 46/119, del 17 de diciembre de 1991

APLICACION

Los presentes Principios se aplicarán sin discriminación alguna por motivos de discapacidad, raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional, étnico o social, estado civil o condición social, edad, patrimonio o nacimiento.

DEFINICIONES

En los presentes Principios:

- a) Por "defensor" se entenderá un representante legal u otro representante calificado;
- b) Por "autoridad independiente" se entenderá una autoridad competente e independiente prescrita por la legislación nacional;

Por "atención de la salud mental" se entenderá el análisis y diagnóstico del estado de salud mental de una persona, y el tratamiento, el cuidado y las medidas de rehabilitación aplicadas a una enfermedad mental real o presunta;

Por "institución psiquiátrica" se entenderá todo establecimiento o dependencia de un establecimiento que tenga como función primaria la atención de la salud mental;

Por "profesional de salud mental" se entenderá un médico, un psicólogo clínico, un profesional de enfermería, un trabajador social u otra persona debidamente capacitada y calificada en una especialidad relacionada con la atención de la salud mental;

Por "paciente" se entenderá la persona que recibe atención psiquiátrica se refiere a toda persona que ingresa en una institución psiquiátrica;

Por "representante personal" se entenderá la persona a quien la ley confiere el deber de representar los intereses de un paciente en cualquier esfera determinada o de ejercer derechos específicos en nombre del paciente y comprende al padre o tutor legal de un menor a menos que la legislación nacional prescriba otra cosa;

Por "órgano de revisión" se entenderá el órgano establecido de conformidad con el principio 17 para que reconsidere la admisión o retención involuntaria de un paciente en una institución psiquiátrica.

CLAUSULA GENERAL DE LIMITACION

El ejercicio de los derechos enunciados en los presentes Principios solo podrá estar sujeto a las limitaciones previstas por la ley que sean necesarias para proteger la salud o la seguridad de la persona de que se trate o de otras personas, o para proteger la seguridad, el orden, la salud o la moral públicos o los derechos y libertades fundamentales de terceros.

Principio I

Libertades fundamentales y derechos básicos

Todas las personas tienen derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental, que será parte del sistema de asistencia sanitaria y social.

Todas las personas que padezcan una enfermedad mental, o que estén siendo atendidas por esa causa, serán tratadas con humanidad y con respeto a la dignidad inherente de la persona humana.

Todas las personas que padezcan una enfermedad mental, o que estén siendo atendidas por esa causa, tienen derecho a la protección contra la explotación económica, sexual o de otra índole, el maltrato físico o de otra índole y el trato degradante.

No habrá discriminación por motivo de enfermedad mental. Por "discriminación" se entenderá cualquier distinción, exclusión o preferencia cuyo resultado sea impedir o menoscabar el disfrute de los derechos en pie de igualdad. Las medidas especiales adoptadas con la única finalidad de proteger los derechos de las personas que padezcan una enfermedad mental o de garantizar su mejoría no serán consideradas discriminación. La discriminación no incluye ninguna distinción, exclusión o preferencia adoptada de conformidad con las disposiciones de los presentes Principios que sea necesaria para proteger los derechos humanos de una persona que padezca una enfermedad mental o de otras personas.

Todas las personas que padezcan una enfermedad mental tendrán derecho a ejercer todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales reconocidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y otros instrumentos pertinentes, tales como la Declaración de los Derechos de los Impedidos y el Conjunto de Principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión.

6. Toda decisión de que, debido a su enfermedad mental, una persona carece de capacidad jurídica y toda decisión de que, a consecuencia de dicha incapacidad, se designe a un representante personal se tomará solo después de una audiencia equitativa ante un tribunal independiente e imparcial establecido por la legislación nacional. La persona de cuya capacidad se trate tendrá derecho a estar representada por un defensor. Si la persona de cuya capacidad se trata no obtiene por sí misma dicha representación, se le pondrá ésta a su disposición sin cargo alguno en la medida de que no disponga de medios suficientes para pagar dichos servicios. El defensor no podrá representar en las mismas actuaciones a una institución psiquiátrica ni a su personal, ni tampoco podrá representar a un familiar de la persona de cuya capacidad se trate, a menos que el tribunal compruebe que no existe ningún conflicto de intereses. Las decisiones sobre la capacidad y la necesidad de un representante personal se revisaran en los intervalos razonables previstos en la legislación nacional. La persona de cuya capacidad se trate, su representante personal, si lo hubiere, y cualquier otro interesado tendrán derecho a apelar esa decisión ante un tribunal superior.

Cuando una corte u otro tribunal competente determine que una persona que padece una enfermedad mental no puede ocuparse de sus propios asuntos, se adoptaran medidas, hasta donde sea necesario y apropiado a la condición de esa persona, para asegurar la protección de sus intereses.

Principio 2

Protección de menores

Se tendrá especial cuidado, conforme a los propósitos de los presentes Principios y en el marco de la ley nacional de protección de menores, en proteger los derechos de los menores, disponiéndose, de ser necesario, el nombramiento de un representante legal que no sea un miembro de la familia.

Principio 3

La vida en la comunidad

Toda persona que padezca una enfermedad mental tendrá derecho a vivir y a trabajar, en la medida de lo posible, en la comunidad.

Principio 4

Determinación de una enfermedad mental

La determinación de que una persona padece una enfermedad mental se formulará con arreglo a normas médicas aceptadas internacionalmente.

La determinación de una enfermedad mental no se efectuará nunca fundándose en la condición política económica o social, en la afiliación a un grupo cultural, racial o religioso, o en cualquier otra razón que no se refiera directamente al estado de la salud mental.

Los conflictos familiares o profesionales o la falta de conformidad con los valores morales, sociales, culturales o políticos o con las creencias religiosas dominantes en la comunidad de una persona en ningún caso constituirán un factor determinantes del diagnóstico de enfermedad mental.

El hecho de que un paciente tenga un historial de tratamientos o de hospitalización no bastará por sí solo para justificar en el presente o en el porvenir la determinación de una enfermedad mental.

Ninguna persona o autoridad clasificará a una persona como enferma mental o indicará de otro modo que padece una enfermedad mental salvo para fines directamente relacionados con la enfermedad mental o con las consecuencias de ésta.

Principio 5

Examen médico

Ninguna persona será forzada a someterse a examen médico con objeto de determinar si padece o no una enfermedad mental, a no ser que el examen se practique con arreglo a un procedimiento autorizado por el derecho nacional.

Principio 6

Confidencialidad

Se respetará el derecho que tienen todas las personas a las cuales son aplicables los presentes Principios a que se trate confidencialmente la información que les concierne.

Principio 7

Importancia de la comunidad y de la cultura

Todo paciente tendrá derecho a ser tratado y atendido, en la medida de lo posible, en la comunidad en la que vive.

Cuando el tratamiento se administre en una institución psiquiátrica, el paciente tendrá derecho a ser tratado, siempre que sea posible, cerca de su hogar o del hogar de sus familiares o amigos y tendrá derecho a regresar a la comunidad lo antes posible.

Todo paciente tendrá derecho a un tratamiento adecuado a sus antecedentes culturales.

Principio 8

Normas de la atención

1. Todo paciente tendrá derecho a recibir la atención sanitaria y social que corresponda a sus necesidades de salud y será atendido y tratado con arreglo a las mismas normas aplicables a los demás enfermos.

Se protegerá a todo paciente de cualesquiera daños, incluida la administración injustificada de medicamentos, los malos tratos por parte de otros pacientes, del personal o de otras personas u otros actos que causen ansiedad mental o molestias físicas.

Principio 9

Tratamiento

1. Todo paciente tendrá derecho a ser tratado en un ambiente lo menos restrictivo posible y a recibir el tratamiento menos restrictivo y alterador posible que corresponda a sus necesidades de salud y a la necesidad de proteger la seguridad física de terceros.

El tratamiento y los cuidados de cada paciente se basarán en un plan prescrito individualmente, examinado con el paciente, revisado periódicamente, modificado llegado el caso y aplicado por personal profesional calificado.

La atención psiquiátrica se dispensará siempre con arreglo a las normas de ética pertinentes de los profesionales de salud mental, en particular normas aceptadas internacionalmente como los Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas. En ningún caso se hará uso indebido de los conocimientos y las técnicas psiquiátricos.

El tratamiento de cada paciente estará destinado a preservar y estimular su independencia personal.

Principio 10

Medicación

La medicación responderá a las necesidades fundamentales de salud del paciente y sólo se le administrará con fines terapéuticos o de diagnóstico y nunca como castigo o para conveniencia de terceros. Con sujeción a las disposiciones del párrafo 15 del principio 11 infra, los profesionales de salud mental sólo administrarán medicamentos de eficacia conocida o demostrada.

Toda la medicación deberá ser prescrita por un profesional de salud mental autorizado por la ley y se registrará en el historial del paciente.

Principio 11

Consentimiento para el tratamiento

No se administrará ningún tratamiento a un paciente sin su consentimiento informado, salvo en los casos previstos en los párrafos 6, 7, 8, 13 y 15 del presente principio.

Por consentimiento informado se entiende el consentimiento obtenido libremente **sin** amenazas ni persuasión indebida, después de proporcionar al paciente información adecuada y comprensible, en una forma y en un lenguaje que éste entienda, acerca de:

- a) El diagnóstico y su evaluación;

El propósito, el método, la duración probable y los beneficios que se espera obtener del tratamiento propuesto;

- c) Las demás modalidades posibles de tratamiento, incluidas las menos alteradoras posibles;

- d) Los dolores o incomodidades posibles y los riesgos y secuelas del tratamiento propuesto.

El paciente podrá solicitar que durante el procedimiento seguido para que dé su consentimiento estén presentes una o más personas de su elección.

El paciente tiene derecho a negarse a recibir tratamiento o a interrumpirlo, salvo en los casos previstos en los párrafos 6, 7, 8, 13 y 15 del presente principio. Se deberán explicar al paciente las consecuencias de su decisión de no recibir o interrumpir un tratamiento.

No se deberá alentar o persuadir a un paciente a que renuncie a su derecho a dar su consentimiento informado. En caso de que el paciente así desee hacerlo, se le explicará que el tratamiento no se puede administrar sin su consentimiento informado.

Con excepción de lo dispuesto en los párrafos 7, 8, 12, 13, 14 y 15 del presente principio, podrá aplicarse un plan de tratamiento propuesto sin el consentimiento informado del paciente cuando concurren las siguientes circunstancias:

Que el paciente, en la época de que se trate, sea un paciente involuntario;

Que una autoridad independiente que disponga de toda la información pertinente, incluida la información especificada en el párrafo 2 del presente principio, compruebe que, en la época de que se trate, el paciente está incapacitado para dar o negar su consentimiento informado al plan de tratamiento propuesto o, si así lo prevé la legislación nacional, teniendo presente la seguridad del paciente y la de terceros, que el paciente se niega irracionalmente a dar su consentimiento;

Que la autoridad independiente compruebe que el plan de tratamiento propuesto es el más indicado para atender a las necesidades de salud del paciente.

La disposición del párrafo 6 supra no se aplicará cuando el paciente tenga un representante personal facultado por ley para dar su consentimiento respecto del tratamiento del paciente; no obstante, salvo en los casos previstos en los párrafos 12, 13, 14 y 15 del presente principio, se podrá aplicar un tratamiento a este paciente sin su consentimiento informado cuando, después que se le haya proporcionado la información mencionada en el párrafo 2 del presente principio, el representante personal dé su consentimiento en nombre del paciente.

Salvo lo dispuesto en los párrafos 12, 13, 14 y 15 del presente principio, también se podrá aplicar un tratamiento a cualquier paciente sin su consentimiento informado si un profesional de salud mental calificado y autorizado por ley determina que ese tratamiento es urgente y necesario para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a otras personas. Ese tratamiento no se aplicará más allá del periodo estrictamente necesario para alcanzar ese propósito.

Cuando se haya autorizado cualquier tratamiento sin el consentimiento informado del paciente, se hará no obstante todo lo posible por informar a este acerca de la

naturaleza del tratamiento y de cualquier otro tratamiento posible y por lograr que el paciente participe en cuanto sea posible en la aplicación del plan de tratamiento.

Todo tratamiento deberá registrarse de inmediato en el historial clínico del paciente y se señalará si es voluntario o involuntario.

No se someterá a ningún paciente a restricciones físicas o a reclusión involuntaria salvo con arreglo a los procedimientos oficialmente aprobados de la institución psiquiátrica y sólo cuando sea el único medio disponible para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a terceros. Esas prácticas no se prolongará más allá del período estrictamente necesario para alcanzar ese propósito. Todos los casos de restricción física o de reclusión involuntaria, sus motivos y su carácter y duración se registrarán en el historial clínico del paciente. Un paciente sometido a restricción o reclusión será mantenido en condiciones dignas y bajo el cuidado y la supervisión inmediata y regular de personal calificado. Se dará pronto aviso de toda restricción física o reclusión involuntaria de pacientes a los representantes personales, de haberlos y de proceder.

Nunca podrá aplicarse la esterilización como tratamiento de la enfermedad mental.

La persona que padece una enfermedad mental podrá ser sometida a un procedimiento médico u operación quirúrgica importantes únicamente cuando lo autorice la legislación nacional, cuando se considere que ello es lo que más conviene a las necesidades de salud del paciente y cuando el paciente dé su consentimiento informado, salvo que, cuando no esté en condiciones de dar ese consentimiento, solo se autorizará el procedimiento o la operación después de practicarse un examen independiente.

No se someterá nunca a tratamientos psicoquirúrgicos u otros tratamientos irreversibles o que modifican la integridad de la persona a pacientes involuntarios de una institución psiquiátrica y esos tratamientos sólo podrán, en la medida en que la legislación nacional lo permita, aplicarse a cualquier otro paciente cuando éste haya dado su consentimiento informado y cuando un órgano extremo independiente compruebe que existe realmente un consentimiento informado y que el tratamiento es el más conveniente para las necesidades de salud del paciente.

No se someterá a ensayos clínicos ni a tratamientos experimentales a ningún paciente sin su consentimiento informado, excepto cuando el paciente esté incapacitado para dar su consentimiento informado, en cuyo caso sólo podrá ser sometido a un ensayo clínico o a un tratamiento experimental con la aprobación de un órgano de revisión competente e independiente que haya sido establecido específicamente con este propósito.

En los casos especificados en los párrafos 6, 7, 8, 13, 14 y 15 del presente principio, el paciente o su representante personal, o cualquier persona interesada, tendrán derecho a apelar ante un órgano judicial u otro órgano independiente en relación con cualquier tratamiento que haya recibido.

Principio 12

Información sobre los derechos

Todo paciente recluido en una institución psiquiátrica será informado, lo más pronto posible después de la admisión y en una forma y en un lenguaje que comprenda, de todos los derechos que le corresponden de conformidad con los presentes Principios y en virtud de la legislación nacional, información que comprenderá una explicación de esos derechos y de la manera de ejercerlos

Mientras el paciente no esté en condiciones de comprender dicha información, los derechos del paciente se comunicaran a su representante personal, si lo tiene y si procede, y a la persona o las personas que sean más capaces de representar los intereses del paciente y que deseen hacerlo.

El paciente que tenga la capacidad necesaria tiene el derecho de designar a una persona a la que se debe informar en su nombre y a una persona que represente sus intereses ante las autoridades de la institución.

Principio 13

Derechos y condiciones en las instituciones psiquiátricas

Todo paciente de una institución psiquiátrica tendrá, en particular, el derecho a ser plenamente respetado por cuanto se refiere a su:

- a) Reconocimiento en todas partes como persona ante la ley;
- b) Vida privada;

Libertad de comunicación, que incluye la libertad de comunicarse con otras personas que estén dentro de la institución; libertad de enviar y de recibir comunicaciones privadas sin censura; libertad de recibir, en privado, visitas de un asesor o representante personal y, en todo momento apropiado, de otros visitantes; y libertad de acceso a los servicios postales y telefónicos y a la prensa, la radio y la televisión;

Libertad de religión o creencia.

El medio ambiente y las condiciones de vida en las instituciones psiquiátricas deberán aproximarse en la mayor medida posible a las condiciones de la vida normal de las personas de edad similar e incluirán en particular:

Instalaciones para actividades de recreo y esparcimiento;

Instalaciones educativas;

Instalaciones para adquirir o recibir artículos esenciales para la vida diaria, el esparcimiento y la comunicación;

Instalaciones, y el estímulo correspondiente para utilizarlas, que permitan a los pacientes emprender ocupaciones activas adaptadas a sus antecedentes sociales y culturales y que permitan aplicar medidas apropiadas de rehabilitación para promover su reintegración en la comunidad. Tales medidas comprenderán servicios de orientación vocacional, capacitación vocacional y colocación laboral que permitan a los pacientes obtener o mantener un empleo en la comunidad.

En ninguna circunstancia podrá el paciente ser sometido a trabajos forzados. Dentro de los **límites** compatibles con las necesidades del paciente y las de la administración de la institución, el paciente deberá poder elegir la clase de trabajo que desee realizar.

EL trabajo de un paciente en una institución psiquiátrica no será objeto de explotación. Todo paciente tendrá derecho a recibir por un trabajo la misma remuneración que por un trabajo igual, de conformidad con las leyes o las costumbres nacionales, se pagaría a una persona que no sea un paciente. Todo paciente tendrá derecho, en cualquier caso, a recibir una proporción equitativa de la remuneración que la institución psiquiátrica perciba por su trabajo.

Principio 14

Recursos de que deben disponer las instituciones psiquiátricas

Las instituciones psiquiátricas dispondrán de los **mismos** recursos que cualquier otro establecimiento sanitario y, en particular, de:

Personal médico y otros profesionales calificados en número suficiente y locales suficientes, para proporcionar al paciente la intimidad necesaria y un programa de terapia apropiada y activa;

Equipo de diagnóstico y terapéutico para los pacientes;

Atención profesional adecuada;

Tratamiento adecuado, regular y completo, incluido el suministro de medicamentos.

Todas las instituciones psiquiátricas serán inspeccionadas por las autoridades competentes con frecuencia suficiente para garantizar que las condiciones, el tratamiento y la atención de los pacientes se conformen a los presentes Principios.

Principio 15

Principios de **admisión**

Cuando una persona necesite tratamiento en una institución psiquiátrica, se hará todo lo posible por evitar una admisión involuntaria.

El acceso a una institución psiquiátrica se administrará de la misma forma que el acceso a cualquier institución por cualquier otra enfermedad.

Todo paciente que no haya sido admitido involuntariamente tendrá derecho a abandonar la institución psiquiátrica en cualquier momento a menos que se cumplan los recaudos para su mantenimiento como paciente involuntario, en la forma prevista en el principio 16 infra; el paciente será informado de ese derecho.

Principio 16

Admisión involuntaria

Una persona sólo podrá ser admitida como paciente involuntario en una institución psiquiátrica o ser retenida como paciente involuntario en una institución psiquiátrica a la que ya hubiera sido admitida como paciente voluntario cuando un médico calificado y autorizado por ley a esos efectos determine, de conformidad con el principio 4 supra, que esa persona padece una enfermedad mental y considere:

Que debido a esa enfermedad mental existe un riesgo grave de daño inmediato o inminente para esa persona o para terceros; o

Que, en el caso de una persona cuya enfermedad mental sea grave y cuya capacidad de juicio esté afectada, el hecho de que no se la admita o retenga puede llevar a un deterioro considerable de su condición o impedir que se le proporcione un tratamiento adecuado que solo puede aplicarse si se admite al paciente en una institución psiquiátrica de conformidad con el principio de la opción menos restrictiva.

En el caso a que se refiere el apartado b) del presente párrafo, se debe consultar en lo posible a un segundo profesional de salud mental, independiente del primero. De realizarse esa consulta, la admisión o la retención involuntaria no tendrá lugar a menos que el segundo profesional convenga en ello.

Inicialmente la admisión o la retención involuntaria se hará por un período breve determinado por la legislación nacional, con fines de observación y tratamiento preliminar del paciente, mientras el órgano de revisión considera la admisión o retención. Los motivos para la admisión o retención se comunicaran **sin** demora al paciente y la admisión o retención misma, así como sus motivos, se comunicaran también sin tardanza y en detalle al órgano de revisión, al representante personal del paciente, cuando sea el caso, y, salvo que el paciente se oponga a ello, a sus familiares.

Una institución psiquiátrica sólo podrá **admitir** pacientes involuntarios cuando haya sido facultada a ese efecto por la autoridad competente prescrita por la legislación nacional.

Principio 17

El órgano de revisión

El órgano de revisión será un órgano judicial u otro órgano independiente e imparcial establecido por la legislación nacional que actuará de conformidad con los procedimientos establecidos por la legislación nacional. Al formular sus decisiones contará con la asistencia de uno o más profesionales de salud mental calificados e independientes y tendrá presente su asesoramiento.

El examen inicial por parte del órgano de revisión, conforme a lo estipulado en el párrafo 2 del principio 16 supra, de la decisión de admitir o retener a una persona como paciente involuntario se llevará a cabo lo antes posible después de adoptarse dicha decisión y se efectuará de conformidad con los procedimientos sencillos y expeditos establecidos por la legislación nacional.

El órgano de revisión examinará periódicamente los casos de pacientes involuntarios a intervalos razonables especificados por la legislación nacional.

Todo paciente involuntario tendrá derecho a solicitar al órgano de revisión que se le dé de alta o que se le considere como paciente voluntario, a intervalos razonables prescritos por la legislación nacional.

En cada examen, el órgano de revisión determinará si se siguen cumpliendo los requisitos para la admisión involuntaria enunciados en el párrafo 1 del principio 16 supra y, en caso contrario, el paciente será dado de alta como paciente involuntario.

Si en cualquier momento el profesional de salud mental responsable del caso determina que ya no se cumplen las condiciones para retener a una persona como paciente involuntario, ordenará que se dé de alta a esa persona como paciente involuntario.

El paciente o su representante personal o cualquier persona interesada tendrá derecho a apelar ante un tribunal superior de la decisión de admitir al paciente o de retenerlo en una institución psiquiátrica.

Principio 18

Garantías procesales

El paciente tendrá derecho a designar a un defensor para que lo represente en su calidad de paciente, incluso para que lo represente en todo procedimiento de queja o apelación. Si el paciente no obtiene esos servicios, se pondrá a su disposición un defensor sin cargo alguno en la medida en que el paciente carezca de medios suficientes para pagar.

Si es necesario, el paciente tendrá derecho a la asistencia de un intérprete. Cuando tales servicios sean necesarios y el paciente no los obtenga, se le facilitarán sin cargo alguno en la medida en que el paciente carezca de medios suficientes para pagar.

El paciente y su defensor podrán solicitar y presentar en cualquier audiencia un dictamen independiente sobre su salud mental y cualesquiera otros informes y pruebas orales, escritas y de otra índole que sean pertinentes y admisibles.

Se proporcionarán al paciente y a su defensor copias del expediente del paciente y de todo informe o documentos que deba presentarse, salvo en casos especiales en que se considere que la revelación de determinadas informaciones perjudicaría gravemente la salud del paciente o pondría en peligro la seguridad de terceros. Conforme lo prescribe la legislación nacional, todo documento que no se proporcione al paciente deberá proporcionarse al representante personal y al defensor del paciente, siempre que pueda hacerse con carácter confidencial. Cuando no se comunique al paciente cualquier parte de un documento, se informará de ello al paciente o a su defensor, así como de las razones de esa decisión, que estará sujeta a revisión Judicial.

El paciente y su representante personal y defensor tendrán derecho a asistir personalmente a la audiencia y a participar y ser oídos en ella.

Si el paciente o su representante personal o defensor solicitan la presencia de una determinada persona en la audiencia, se admitirá a esa persona a menos que se

considere que su presencia perjudicará gravemente la salud del paciente o pondrá en peligro la seguridad de terceros.

En toda decisión relativa a si la audiencia o cualquier parte de ella será pública o privada y si podrá informarse públicamente de ella, se tendrán en plena consideración los deseos del paciente, la necesidad de respetar su vida privada y la de otras personas y la necesidad de impedir que se cause un perjuicio grave a la salud del paciente o de no poner en peligro la seguridad de terceros.

La decisión adoptada en una audiencia y las razones de ella se expresarán por escrito. Se proporcionarán copias al paciente y a su representante personal y defensor. Al determinar si la decisión se publicará en todo o en parte, se tendrán en plena consideración los deseos del paciente, la necesidad de respetar su vida privada y la de otras personas, el interés público en la administración abierta de la Justicia y la necesidad de impedir que se cause un perjuicio grave a la salud del paciente y de no poner en peligro la seguridad de terceros.

Principio 19

Acceso a la información

El paciente (término que en el presente principio comprende al ex paciente) tendrá derecho de acceso a la información relativa a él en el historial médico y expediente personal que mantenga la institución psiquiátrica. Este derecho podrá estar sujeto a restricciones para impedir que se cause un perjuicio grave a la salud del paciente o se ponga en peligro la seguridad de terceros. Conforme lo disponga la legislación nacional, toda información de esta clase que no se proporcione al paciente se proporcionará al representante personal y al defensor del paciente, siempre que pueda hacerse con carácter confidencial. Cuando no se proporcione al paciente cualquier parte de la información, el paciente o su defensor, si lo hubiere, será informado de la decisión y de las razones en que se funda, y la decisión estará sujeta a revisión judicial.

Toda observación por escrito del paciente o de su representante personal o defensor deberá, a petición de cualquiera de ellos, incorporarse al expediente del paciente.

Principio 20

Delincuentes

El presente principio se aplicará a las personas que cumplen penas de prisión por delitos penales o que han sido detenidas en el transcurso de procedimientos o investigaciones penales efectuados en su contra y que, según se ha determinado o se sospecha, padecen una enfermedad mental.

Todas estas personas deben recibir la mejor atención disponible en materia de salud mental, según lo estipulado en el principio 1 supra. Los presentes Principios se aplicarán en su caso en la medida más plena posible, con las contadas modificaciones y excepciones que vengan impuestas por las circunstancias. Ninguna modificación o excepción podrá menoscabar los derechos de las personas reconocidos en los instrumentos señalados en el párrafo 5 del principio 1 supra.

La legislación nacional podrá autorizar a un tribunal o a otra autoridad competente para que, basándose en un dictamen médico competente e independiente, disponga que esas personas sean internadas en una institución psiquiátrica.

El tratamiento de las personas de las que se determine que padecen una enfermedad mental será en toda circunstancia compatible con el principio 11 supra.

Principio 21

Quejas

Todo paciente o ex paciente tendrá derecho a presentar una queja conforme a los procedimientos que especifique la legislación nacional.

Principio 22

Vigilancia y recursos

Los Estados velarán por que existan mecanismos adecuados para promover el cumplimiento de los presentes Principios, 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.

Principio 23

Aplicación

Los Estados deberán aplicar los presentes Principios adoptando las medidas pertinentes de carácter legislativo, judicial, administrativo, educativo y de otra índole, que revisarán periódicamente.

Los Estados deberán dar amplia difusión a los presentes Principios por medios apropiados y dinámicos.

Principio 24

Alcance de los principios relativos a las instituciones psiquiátricas

Los presentes Principios se aplican a todas las personas que ingresan en una institución psiquiátrica.

Principio 25

Mantenimiento de los derechos reconocidos

No se impondrá ninguna restricción ni se admitirá ninguna derogación de los derechos de los pacientes, entre ellos los derechos reconocidos en el derecho internacional o nacional aplicable, so pretexto de que los presentes Principios no reconocen tales derechos o de que sólo los reconocen parcialmente.

© Copyright 1997

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos
Ginebra, Suiza

Declaración de Caracas

Las organizaciones, asociaciones, autoridades de salud, profesionales de salud mental, legisladores y juristas reunidos en la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica de los Sistemas Locales de Salud.

Notando

Que la atención psiquiátrica convencional no permite alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva;
Que el hospital psiquiátrico, como única modalidad asistencial, obstaculiza el logro de los objetivos antes mencionados al:

aislar al enfermo de su medio, generando de esa manera mayor discapacidad social,
crear condiciones desfavorables que ponen en peligro los derechos humanos y civiles del enfermo,

requerir la mayor parte de los recursos financieros y humanos asignados por los países a los servicios de salud mental,

impartir una enseñanza insuficientemente vinculada con las necesidades de salud mental de las poblaciones, de los servicios de salud y otros sectores.

CONSIDERANDO,

Que la atención primaria de salud es la estrategia adoptada por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud y refrendada por los países miembros para lograr la meta de Salud Para Todos en el año 2000;
Que los Sistemas Locales de Salud (SILOS) han sido establecidos por los países de la Región para facilitar el logro de esa meta, por cuanto ofrecen mejores condiciones para desarrollar programas basados en las necesidades de la población, y de características descentralizadas, participativas y preventivas;
Que los programas de Salud Mental y Psiquiatría deben adaptarse a los principios y orientaciones que fundamentan esas estrategias y modelos de organización de la atención de la salud.

DECLARAN

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

Que la reestructuración de la atención psiquiátrica en la Región implica la revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios;

Que los recursos, cuidados y tratamientos provistos deben:

salvaguardar, invariablemente, la dignidad personal y los derechos humanos y civiles,
estar basados en criterios racionales y técnicamente adecuados,
propender a la permanencia del enfermo en su medio comunitario;

Que las legislaciones de los países deben ajustarse de manera que:
aseguren el respeto de los derechos humanos y civiles de los enfermos mentales,
y
promuevan la organización de servicios comunitarios de salud mental que garanticen su cumplimiento;

Que la capacitación del recurso humano en Salud Mental y Psiquiatría debe hacerse apuntando a un modelo cuyo eje pasa por el servicio de salud comunitaria y propicia la internación psiquiátrica en los hospitales generales, de acuerdo con los principios rectores que fundamentan esta reestructuración;

Que las organizaciones, asociaciones y demás participantes de esta Conferencia, se comprometen mancomunada y solidariamente a abogar y desarrollar en los países programas que promuevan la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica y la vigilancia y defensa de los derechos humanos de los enfermos mentales de acuerdo a las legislaciones nacionales y los compromisos internacionales respectivos.

Para lo cual

INSTAN

A los Ministerios de Salud y de Justicia, a los Parlamentos, los Sistemas de Seguridad Social y otros prestadores de servicios, las organizaciones profesionales, las asociaciones de usuarios, universidades y otros centros de capacitación y a los medios de comunicación a que apoyen la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica asegurando así su exitoso desarrollo para el beneficio de las poblaciones de la Región.

APROBADA POR ACLAMACIÓN POR LA CONFERENCIA EN SU ÚLTIMA SESIÓN DE TRABAJO EL DÍA 14 DE NOVIEMBRE DE 1990.

Decretos ejecutivo N° 20665-S

La Gaceta #206

martes 29 de octubre de 1991

PODER EJECUTIVO

DECRETOS

N° 20665-S

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA Y EL MINISTRO DE SALUD,

En uso de las facultades que les confieren los artículos 140, incisos 3) y 18) de la Constitución Política; 28 párrafo 2, inciso b) de la Ley General de la Administración Pública; 1,2,3,4 y 9 de la Ley General de Salud.

Considerando:

1° - Que los trastornos mentales son una de las principales causas de consulta en nuestro Sistema de Salud, y que para la atención adecuada de esos trastornos se requiere una reestructuración de los servicios de salud existente.

2° - Que el Plan Nacional de Salud Mental contempla, entre otros aspectos:

La necesidad de servicios de diagnóstico y tratamiento para los problemas psiquiátricos en todos los hospitales generales.

La necesidad de superar el Hospital Psiquiátrico por medio del desarrollo de políticas integrales de salud mental formuladas por la Organización Mundial de la Salud y por la oficina Panamericana de la Salud.

La necesidad de construir equipos de psiquiatría y salud mental en los hospitales nacionales, regionales y periféricos, en estrecha coordinación con los sistemas locales de salud.

La necesidad de establecer modalidades de atención psiquiátrica, alternativas basadas en la comunidad y en las redes sociales establecidas en ellas.

La necesidad de que se permita utilizar hasta el 5% de las camas de los hospitales generales para la atención de los enfermos mentales.

3° - Que en la Declaración de Caracas de noviembre de 1990, de la cual nuestro país es signatario. Se establece la necesidad de reestructurar la atención psiquiátrica y la salud mental en los siguientes niveles:

Sistema Nacional de Salud

Servicios psiquiátricos

Político administrativo

Docente

Jurídico

4° - Que el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, en sesión ordinaria N°557 de la Junta de Gobierno, celebrada el 16 de octubre de 1984, reconoció la psiquiatría como la quinta especialidad clínica básica.

5° - Que la psiquiatría debe ser ubicada al mismo nivel que las demás especialidades clínicas básicas. Por tanto,

DECRETAN:

Artículo 1° - Se reconoce la psiquiatría como la quinta especialidad clínica básica, congruente con el reconocimiento que de ella hizo el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.

Artículo 2° - Se ejecutará el Plan nacional de Salud de Salud Mental congruente con la Declaración de Caracas hacia la reestructuración de la Atención Psiquiátrica y en Salud Mental en el nivel del Sistema Nacional de Salud incorporando dichos programas en los programas generales básicos de salud, y a nivel de servicios psiquiátricos. Además se incorporará el Programa de Salud Mental en los Programas de Atención Primaria, en coordinación y con la supervisión del Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud.

Artículo 3° - El Ministerio de Salud solicitará la colaboración de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud para elaborar un Programa Anual de Salud Mental, según nivel de atención y desde la perspectiva de los Sistemas Locales de Salud (SILOS), acorde con el Plan Nacional de Salud Mental.

A nivel hospitalario se contemplarán los siguientes objetivos:

Humanizar el medio ambiente terapéutico

Proyectos para reubicar a los pacientes crónicos

Fortalecer y generalizar programas terapéuticos rehabilitadores para pacientes crónicos internados sin posibilidad de egreso.

Promover el establecimiento de una red descentralizada de servicios de atención psiquiátrica incorporada en la atención primaria de salud y dentro de los sistemas locales de salud. Estos servicios deben incluir acciones de promoción y fomento de la salud mental comunitaria.

Velar que el Sistema respete los derechos humanos y civiles de los pacientes con trastornos mentales.

Fomentar el desarrollo de la investigación epidemiológica que retroalimente la planificación en salud mental.

Artículo 4° - El Ministerio de Salud solicitará la colaboración de las instituciones de educación superior para que las actividades docentes de pre y postgrado de las distintas disciplinas de salud mental contemplen no solo la atención directa hospitalaria, sino también todos los niveles preventivos en la comunidad. Asimismo se les solicitará a dichas instituciones y a las de formación de profesionales y técnicos afines a la salud mental, que orienten sus programas curriculares conforme con la reestructuración de la atención psiquiátrica que aquí se propone.

Artículo 5° - Para la ejecución de la reestructuración propuesta se fortalecerá al Consejo Nacional de Salud Mental, organismo coordinador y ejecutor del Plan de Salud Mental, mediante:

El aporte por partes iguales de todas las instituciones representadas; de los recursos humanos, materiales y económicos necesarios para realizar las acciones que el mismo Consejo decida.

Que el representante del Consejo tenga poder de decisión.

Que todo miembro del Consejo tenga como obligación fundamental la asistencia y la participación, tanto a las sesiones regulares y extraordinarias como a la ejecución de las acciones que el Consejo le encomiende.

Artículo 6° - Rige a partir de su publicación.

Dado en la Presidencia de la República. – San José, a los veinticinco días del mes de junio de mil novecientos noventa y uno.

R. .A. CALDERON F. – El Ministro de Salud, Carlos Castro Charpantier. – C-3910.

Decreto ejecutivo N° 23984-s

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA Y EL MINISTERIO DE SALUD

En uso de las facultados que les confieren los artículos 28 párrafo segundo inciso b) de la Ley N°6227 de 2 de mayo de 1978 “Ley General de la Administración Pública” 1, 2, y 4 de la Ley N°. 5395 de 30 de octubre de 1973 “Ley Orgánica del Ministerio de Salud”

Considerando:

Que los trastornos mentales son una de las principales causas de consulta en el sistema de Salud del país y, que para la atención adecuada de esos trastornos se requiere una reestructuración de los servicios existentes.

Que a nivel comunitario la atención psiquiátrica es insuficiente, y no garantiza continuidad e integración de las acciones asistenciales.

Que el Hospital Nacional Psiquiátrico sigue siendo el eje hegemónico de la atención psiquiátrica en el país, y consume la mayoría de recursos humanos y financieros disponibles para dicho efecto;

Que nacional e internacional los derechos proclamados de los enfermos mentales deben respetarse, en aras de una atención adecuada;

Que en la Declaración de Caracas de noviembre de 1990, de la cual Costa Rica es signataria, se establece la necesidad de reestructurar la atención psiquiátrica y la Salud Mental en los siguientes niveles:

Sistema Nacional de Salud
Servicios Psiquiátricos
Político Administrativo
Docente
Jurídico

Que se deben brindar servicios de diagnóstico y tratamiento para la atención de los enfermos mentales en todos los hospitales generales del país, utilizando las camas que se requieran, y al menos un 5% de todas las disponibles en esos centros.

Que es necesario que la atención psiquiátrica integral trascienda al Hospital Psiquiátrico, y que alcance en forma paulatina, una red de servicios integrados en la comunidad. Por tanto.

DECRETAN

Artículo 1- Créase un Grupo de Trabajo en el Sector Salud, encargado de fortalecer la atención psiquiátrica integral a nivel local y comunitario en todo el territorio nacional.

Artículo 2- El Grupo de Trabajo estará integrado por:

Un funcionario de la Dirección Técnica de la CCSS y fungirá como responsable coordinador;

Un representante del Ministerio de Salud

Seis asesores ad hoc con formación idónea en salud mental y en psiquiatría, designados de común acuerdo por el Ministro de Salud y el Presidente Ejecutivo de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Artículo 3- Los objetivos del Grupo de Trabajo son:

Formular y ejecutar con grupos de apoyo, un plan de mejoramiento de las condiciones y calidad de vida de los pacientes internados en el Hospital Nacional Psiquiátrico y en el Hospital Dr. Roberto Chacón Paut, mientras se define y ejecuta el proyecto de reestructuración de la atención psiquiátrica;

Desarrollar y actualizar las normas técnicas de la atención, incluidas las referentes al uso racional de los psicofármacos y de las terapias electroconvulsivas, así como los criterios de control de calidad de la atención psiquiátrica en el país.

Establecer mecanismos para ejercer el control de calidad y el seguimiento de las normas de atención psiquiátrica, así como también como el control de respeto a los derechos de los pacientes;

Desarrollar mecanismos de coordinación regional, así como de integración de los recursos con que cuenta cada región para garantizar la continuidad de las acciones, la reducción de los internamientos en el Hospital Nacional Psiquiátrico, y el desarrollo de programas de rehabilitación psicosocial, familiar y local de los enfermos mentales.

Definir los estándares de camas psiquiátricas en los hospitales generales del país, a partir de una estimación de las necesidades de los recursos necesarios.

Facilitar la integración de acciones de salud mental y atención primaria como parte de la readecuación del modelo de atención, propuesto en el Proyecto de Reforma del Sector Salud.

Coordinar los esfuerzos de las comisiones especializadas que se organicen en forma transitoria o permanente, para la definición de requerimientos materiales y técnicos atinentes a todas y cada una de las áreas involucradas en la atención integral psiquiátrica.

Proponer medidas que faciliten el fortalecimiento de los servicios comunitarios a partir de la redistribución de los recursos humanos nacionales.

Artículo 4- Los grupos de profesionales mencionados en el inciso g) del artículo anterior y designados por el Grupo de Trabajo trabajarán en las siguientes áreas:

Mejoramiento de las condiciones y calidad de vida de los pacientes internados en el Hospital Nacional Psiquiátrico y en el Hospital Dr. Roberto Chacón Paut. El grupo interdisciplinario contará con la representación de profesionales en el campo de los derechos humanos de la Asociación Costarricense de Psiquiatras (ASOCOPSI) de jueces penales, de usuarios, de familiares, de pacientes y de otros profesionales ligados a la salud mental.

Cambios estructurales y organizativos en los servicios de salud, para que progresivamente el medio hospitalario sea transformado en una alternativa residencial con un digno nivel de calidad de vida para los enfermos mentales;

Definición de estándares para la creación de camas destinadas a la atención psiquiátrica en los hospitales generales, y ampliación de los horarios de atención.

Atención primaria, consulta externa, hospitales de día y hogares transitorios. El establecimiento de hogares transitorios y hospitales de día, tendrá como objetivo la atención de pacientes psiquiátricos graves para evitar el recurso de hospitalización en el nivel terciario.

La capacitación del personal de los equipos básicos de atención integral en salud (EBAIS), por medio de la asesoría directa de personal de salud mental. Los contenidos programáticos de la capacitación estarán vinculados directamente con las estrategias y programas propuestos;

Investigación, con la producción de información epidemiológica para la toma de decisiones de las diferentes actividades.

Artículo 5- Se derogan los Decretos Ejecutivos Nos. 17097 del 11 de julio de 1986, y 19407-S del 20 de diciembre de 1989, así como cualquier otra norma formalmente dictada o establecida que se le oponga.

Artículo 6- Rige a partir de su publicación.
Dado en la Presidencia de la República, San José a los veintitrés días del mes de enero de mil novecientos noventa y cinco.

Publíquese – JOSÉ MARÍA FIGUERES OLSEN – El Ministro de Salud Herman Weinstonk Wolfowicx –1 vez –C- 10600 –(5047)



Publicación 01

📄 Serie "RENOVANDO EL DESARROLLO DE LA SALUD MENTAL D"

Información para contactos

Dpto. de SALUD MENTAL

GMD/CCSS; Apartado Postal 10105

Tel/Fax: (506) 2335510

Email: garyarce@yahoo.com

WebPage: en construcción

Esta publicación se ha realizado con fondos propios de la CCSS y ha contado con el apoyo técnico, metodológico y financiero de la Gerencia de Modernización y Desarrollo