



rganización



Oficina Regional de la
Organización Panamericana de la Salud

200
PARAGUAY
BICENTENARIO



DIRECCION GENERAL
PROGRAMAS DE SALUD

POLÍTICA NACIONAL DE SALUD MENTAL

2011-2020

Ficha técnica

Coordinación general

Dra. Margarita Bazzano
Directora General
Dirección General de Programas de Salud

Dra. Mirtha Mendoza
Directora
Dirección de Salud Mental

Lic. Martha Perrotta
Directora General
Instituto de Bienestar Social

Coordinación Técnica

Dra. Esther Navarro
Dirección General de Programas de Salud

Lic. Ana María Frachi Rodríguez
Dirección de Salud Mental

Equipo técnico

Dra. Mirtha Mendoza
Directora
Dirección de Salud Mental

Lic. Martha Perrotta
Directora General
Instituto de Bienestar Social

Dr. Martín María Moreno
Cátedra de Psiquiatría, Facultad de Ciencias
Médicas, Universidad Nacional de Asunción
Coordinador Hogares Sustitutos, Dirección de Salud
Mental

Dr. Manuel Fresco
Director
Centro Nacional de Control de Adicciones

Dr. Agustín Barúa
Dirección de Salud Mental
Foro Permanente de Salud Mental

Lic. Ana María Frachi Rodríguez
Coordinadora Atención Primaria en Salud Mental
Dirección de Salud Mental

Dra. Esther Navarro
Asesora Médica
Dirección General de Programas de Salud

Lic. Ruth Irala
Miembro de FUNDAR
Integrante del Foro Permanente de Salud Mental

Dr. Carlos Portillo
Asesor
Dirección de Verdad, Justicia y Reparación,
Defensoría del Pueblo

Dr. Carlos Arestivo Bellasai
Miembro, Centro de Estudios de Derechos
Humanos, Niñez y la Juventud - CENIJU
Decano de la Facultad de Pos Grado de la
Universidad Nacional de Villarrica del Espíritu Santo

Lic. Waldina Soto
Facultad de Filosofía UNA

Dr. Carlos Gauto
Universidad Católica de Asunción

Dr. Julio Torales
Cátedra de Psiquiatría, Facultad de Ciencias
Médicas, Universidad Nacional de Asunción
Miembro del Comité Ejecutivo Internacional de
Amnistía Internacional

Diseño: Comunicación Visual S.R.L.

Impresión: XXX

Tirada:..... ejemplares

Están autorizadas la reproducción y divulgación por cualquier medio del contenido de este material, siempre que se cite la fuente. Este texto no tiene fines de lucro, por lo tanto no puede ser comercializado en el Paraguay ni en el extranjero.

Es propiedad: © Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Julio, 2011. Asunción, Paraguay

AUTORIDADES

Dra. Esperanza Martínez
Ministra

Dra. Raquel Escobar
Viceministra

Dra. Margarita Bazzano
Directora General
Dirección General de Programas de Salud

Lic. Martha Perrotta
Directora General
Instituto de Bienestar Social

Dra. Mirta Mendoza
Directora
Dirección de Salud Mental

PARTICIPANTES DEL FORO NACIONAL PARA LA ELABORACIÓN DE LA POLÍTICA DE SALUD MENTAL

Se realizaron en el año 2009 tres Foros Regionales de los que participaron profesionales de salud mental, miembros de la sociedad civil, universidades, municipalidades, gobernaciones, asociación de familiares y voluntarios de salud mental:

Primer Foro Regional realizado en la ciudad de Pedro Juan Caballero, en fecha 6 y 7 de Mayo de 2009 del que participaron 93 personas.

Segundo Foro Regional realizado en la ciudad de San Juan Bautista, Misiones, en fecha 27 y 28 de Mayo de 2009, con la participación de 72 personas.

Tercer Foro Regional realizado en la ciudad de Coronel Oviedo, en fecha 1 y 2 de Junio de 2009, participaron 82 personas.

Los/as participantes del Foro Nacional de Salud Mental realizado en fecha 25 y 26 de noviembre en la Ciudad de Asunción son los que siguen:

INSTITUCIÓN	REPRESENTANTE
11ª Región Sanitaria	Cabrera, Celso Ibarrola, Juan Carlos
8ª Región Sanitaria	Palacios, José Miguel
Cátedra de Psiquiatría Universidad Nacional de Asunción	Cáceres Almeida, Laura Giménez Marinon, Javier Ortiz, Bettina Arce, Andrés Arrom, Cristina Bogado, Andrés Medina, Alicia Raquel Parodi, Claudia Riego Meyer, Viviana Zorrilla Fonseca, Virgilio
Centro de Salud de Ayolas	Florentín, María José
Centro de Salud de Carapeguá	Zaracho, Elena
Centro de Salud N°3	Lohse, Myrian
Centro Día “El Puente”	Benítez, Gustavo Colman Vera, María Soledad Florentín, Andrés Florentín, Remargio Gamedro, Lourdes Insfrán, Eva Lezcano, Lourdes

Centro Nacional de Control de Adicciones	Fresco, Manuel Stevens, Carlos Fleitas, María Teresa Fresco, Analía González, Rosalia Samaniego, Virginia
CIRD	Martínez, Cristian
Dirección de DDHH – Corte Suprema de Justicia	Montiel, Nury
Dirección de Salud Mental	Alcaraz, Romualda Ayala, Rodrigo Barúa, Agustín Borja, Ada Caballero, Walter Cáceres, Norma Costa, Juan Carlos Denis, Silvia Fernández Medina, Julia Frachi Rodríguez, Ana María Gómez, Raúl Guanes, Magdalena Insfrán, Darío Jara, Graciela León Duarte, Ramón Llamosas, Marta Mendoza Bassani, Mirta Mercado, José Luís Moreno, Martín María Ocampos, Hugo Fernando Recalde, Nilda Ríos, Elvira Rivela, Letizia Rodríguez, Dory Sandoval, Víctor Serafini, Martha Thompson, Ruth Trinidad, Martha Velázquez, Alcides Vera de Alderete, Ana Gamarra, Jorge Benitez, Hugo Elizeche, Mabel
Dirección General de Atención Primaria en Salud	Benítez, Rebeca
Dirección General de Promoción de la Salud	Ayala, Ana María Caballero, Gloria Beatriz
Facultad de Filosofía - Carrera de Psicología	Mayeregger, Ilda
Foro Permanente de Salud Mental	Irala, Ruth
Fundación Luz y Vida	Martínez de la Pera, Alicia

Hogar Sustituto	Figueredo, Jorge
Hospital Distrital de San Pedro	Núnes Otto, Américo
Hospital General Pediátrico	Escudero, Lavia González, Duilio
Hospital Psiquiátrico	Amarrilla, Celina Aranda, Derlis Arias, José Buggenthin, Andrés Cabral, Jorge Carrera, Adela Checo, Carla Cristaldo, Francisco Delvalle Verocay, Liliana Diarte, Zeida Natalia Díaz Pérez, Guadalupe Espínola, Víctor Hugo Ferreira, Gerardo Figueredo, Alejandra Girala, Néstor Leguizamón, Aída Lovera de Ovelar, Wilma Madelaire, Bettina Melgarejo, Cynthia Mendoza, Epifanía Mendoza, Verónica Morínigo Maldonado, Virginia Núñez, Lorena Ovelar Lovera, Lilian Portillo, Lorena Rodríguez Rossi, Mirtha Silvera, Lilian Torres, Belinda Villar, María del Carmen Villaverde, Natividad
Hospital Regional	Ríos Duarte, Víctor Enmanuel
Hospital Rigoberto Caballero	Guillén Llano, César Luís Mercado, María Gloria
INPRO	Denois, María Lina Ruíz Díaz, Elizabeth Stela Maris Giménez de Chamorro
Instituto de Previsión Social	Gómez Corrales, Hilda Leguizamón, Blasida Vda. de
MDRI, Mental Disability Rights International	Castillo, Orlando

Ministerio de Educación	Arce, Juan Andrés Benítez, José Miguel González, Edgar Ramón Kamm, Raquel María Lima Villasanti, Verónica Morel, Mercedes Villalba de Arce, Ana Ybáñez, María Antonia
Ministerio del Interior	Gómez, Richard
OPS/OMS - Paraguay	Gomes, María Angélica
Policlínico Municipal	Ayala, Manuel De Tone, Angélica
Salud Mental - Ministerio de Salud - Brasil	Delgado, Pedro Gabriel Ferrari, Judete Pacheco, Milena
Sociedad Paraguaya de Psicología	Berni, Santina Carli, María de los Ángeles Sosa de Canatta, Benicia
Última Hora	Villalba, Ingrid
UNINORTE - Carapeguá	Zaracho Cáceres, María Elena
Universidad Americana	Cuevas, Bettina
Universidad Católica de Asunción	Hiekel, Estela
USM* - Hospital Distrital de San Pedro	Ferreira, Fernando
USM - Centro de Salud de Ayolas	Gavilán, Silvia Ramona
USM - Centro de Salud de Fram	Mendoza, Cristina
USM - Centro de Salud de Itacurubi de las Cordilleras	Miltos, Robespierre
USM - Centro de Salud de Yaguarón	Cabrera, Maximiana Figueredo, Silvia Lorena Ochoa, María Fátima Ochoa, Ofelia Saldívar, Sonia Soledad
USM - Centro de Salud N°7	Troche, Ninive
USM - Centro de Salud N°8	Carosini, Petrona Formigli, Norma
USM - Hospital Distrital de Altos	Mereles, Nelly
USM - Hospital Distrital de Lambaré	Balbuena Castillo, Lorena
USM - Hospital Distrital de Ñemby	Vera, Marcelina
USM - Hospital Distrital de San Ignacio, Misiones	Benítez, Patrocinia Cáceres, Francisco
USM – Hospital General Barrio Obrero	Mujica, Lisa
USM - Hospital Materno Infantil de Capiatá	Martínez de Benítez, Laura Morínigo, María Auxiliadora

USM - Hospital Materno Infantil Fernando de la Mora	Acosta, Doris Marlene Carrillo, Mirta López, María Estela Romero, María Asunción
USM - Hospital Materno Infantil San Pablo	Alderete, Yolanda Bordón, María Celina Lomaquis Ortíz, Elva Carolina Mendieta, Liz Ovelar, María Teresa Ruíz, Lourdes Villalba, María Fátima
USM - Hospital Materno Infantil Santísima Trinidad	Orué, María Leo Picaguá, Gilda
USM - Hospital Regional de Caacupé	Delmás Nizza, María Paredes, Alida
USM - Hospital Regional de Caazapá	Bellenzier, Aída Valiente, Adela
USM - Hospital Regional de Coronel Oviedo	Rodríguez, Pablina
USM - Hospital Regional de Luque	Amarrilla, Diana Rodríguez, Marta
USM - Hospital Regional de Pilar	Viveros, Eleuterio
USM - Hospital Regional San Juan Bautista, Misiones	Aguilar, Graciela
USM - Puesto de Salud San Pedro	Delgado, Blanca Rosa Ojeda, Berta
UTCD	Navarro, Hellen
Otros	Appleyard Galli, Elizabeth Bilbao Cuevas, Olga Saavedra, Carolina Sanabria, María Etelvina Villalba, Carmen Raquel

*USM (Unidad de Salud Mental)



Poder Ejecutivo
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Resolución S.G. N° 1097

POR LA CUAL SE APRUEBA LA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD MENTAL 2011 - 2020, Y DE DISPONE SU IMPLEMENTACIÓN Y EJECUCIÓN EN TODO EL TERRITORIO DE LA REPÚBLICA.

Asunción, 31 de diciembre de 2010

VISTA:

La propuesta de Política Nacional de Salud Mental, elaborada en el marco de las Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad 2008 - 2013, del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, con amplia participación de profesionales de dicha área, de representantes de Asociaciones de familiares de personas con trastorno mental y otros referentes; y presentada al gabinete por la Dirección General de Programas de Salud conjuntamente con la Dirección de Salud Mental, dependientes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; y

CONSIDERANDO:

Que el documento base de dicha Política ha sido revisado y analizado en tres talleres regionales desarrollados en las regiones sur, norte y central del Paraguay; como asimismo en el Foro Nacional de Salud Mental realizado en Asunción, con participación de profesionales de salud mental de la capital y el Departamento Central, así como de representantes de las regiones anteriormente citadas. Además, se han realizado consultas con referentes de salud mental, de derechos humanos, del ámbito universitario y de las organizaciones no gubernamentales que se desenvuelven en dicha área.

Que la Constitución Nacional, en su Artículo 6 establece que *"La calidad de vida será promovida por el Estado mediante planes y políticas que reconozcan factores condicionantes, tales como la extrema pobreza y los impedimentos de la discapacidad o de la edad"*; y en su Artículo 68 encomienda al Estado Paraguayo la protección y promoción de la salud *"como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad"*;

Que, además, en el Art. 58 de la Carta Magna, el Estado recibe el mandato de *"organizar una política de prevención, tratamiento, rehabilitación e integración de los discapacitados físicos, psíquicos y sensoriales, a quienes prestará el cuidado especializado que requieran"*;

Que en ese contexto, la Ley N° 836/80, Código Sanitario, en su Art. 55 faculta al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social a autorizar y coordinar las acciones de las instituciones públicas y privadas para proporcionar atención a los discapacitados físicos, mentales o sociales;

Que las Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad 2008-2013 determinan que el derecho humano a la salud se basa en cuatro principios fundamentales: la universalidad, la integralidad, la equidad y la participación social;

Que el mismo documento dispone que el Paraguay promoverá una salud mental con visión de *cero indiferencia*, entre otras deficiencias, para la falta de acceso a los servicios de salud mental, el suicidio en cualquier etapa de la vida, la privación afectiva de niños, adolescentes, jóvenes, adultos y ancianos, la falta de redes sociales de apoyo integral, la adicción en todas sus formas: alcohol, psicofármacos, ludopatía, drogas, las hospitalizaciones psiquiátricas crónicas e innecesarias, la falta de comunidades terapéuticas y las condiciones inhumanas de los centros de hospitalización psiquiátrica.





Poder Ejecutivo
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Resolución S.G. N° 1097

31 de diciembre de 2010
Hoja N° 2

Que al mismo tiempo, las Políticas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad habla de cero indiferencia a la falta de medios adecuados para desarrollar una vida digna y plena y de seguridad social para los discapacitados, a su falta de acceso a un empleo digno, falta de datos e información sobre la realidad que viven las personas con discapacidades, de rehabilitación y de desarrollo de la autonomía, de inequidad en el acceso a los servicios públicos de salud, de respuestas inequitativas para los distintos tipos de discapacidad, cero indiferencia a las causas prevenibles de todas las discapacidades, incluyendo las causas traumáticas, infecciosas, degenerativas o de salud mental, además de lo referente a la mala calidad de atención en salud, cero a los abusos y violaciones por su condición de vulnerabilidad.

Que la Ley N° 3540/08, que aprueba la Convención de la Organización de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, promueve, protege y asegura el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, incluida la discapacidad mental, promoviendo el respeto de su dignidad inherente;

Que, igualmente, la Ley N° 1925/02 de la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, tiene como objetivos la prevención y eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad, incluida la mental, sea permanente o temporal, y propiciar su plena integración en la sociedad.

Que en concordancia con las prescripciones contenidas en la Constitución Nacional, Artículos 240 y 242, y en la Ley N° 836/80, Código Sanitario, Artículos 3° y 4°, el Decreto N° 21376/98, en su Artículo 7° establece que "*son objetivos fundamentales del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, ejercer la autoridad sanitaria en todo el territorio nacional, conducir la ejecución participativa y descentralizada de la política de salud, vigilar y evaluar la situación de salud y los programas de atención sanitaria y social para garantizar el acceso universal a la prestación integral con equidad, eficiencia y calidad, afianzando así el proceso democrático de la salud hacia el desarrollo sostenible*";

POR TANTO, en ejercicio de sus atribuciones legales;

EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
RESUELVE:

Artículo 1°. Aprobar la **Política Nacional de Salud Mental 2011 - 2020**, y disponer su implementación y ejecución en todo el territorio de la República; a partir del 3 de enero del año 2011.

Artículo 2° Comunicar a quienes corresponda, y cumplido, archivar.



DR. EDGAR GIMÉNEZ CABALLERO
MINISTRO SUSTITUTO

/orn/lbm



ÍNDICE



1. PRESENTACIÓN	15
2. INTRODUCCIÓN	17
3. SALUD MENTAL EN EL PARAGUAY	19
4. FILOSOFÍA POLÍTICA	23
5. ESTRATEGIA PROMOCIONAL DE LA EQUIDAD EN CALIDAD DEVIDA Y SALUD	25
6. PROPUESTAS PROGRAMÁTICAS	30
7. REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD Y LÍNEA DE CUIDADO DE LA SALUD MENTAL	32
8. BIBLIOGRAFIA	36
9. ANEXOS	38



1. PRESENTACIÓN



En los últimos años, a partir del compromiso asumido por el gobierno nacional de impulsar las Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad, estamos asistiendo a una etapa de transición para romper de forma radical con un modo preferentemente asistencialista y pasar a un modo promocional de la salud donde la persona y el respeto a sus derechos están en el centro de todas las acciones. La Política Nacional de Salud Mental supone un paso más en el compromiso con los principios del Sistema Nacional de Salud: universalidad con equidad, integralidad y participación social. Esto conlleva adecuar el modo de gestión de los servicios de salud de forma que puedan responder a las necesidades de las personas en reconocimiento de sus derechos fundamentales.

En el área de la salud mental supone poner en marcha acciones concretas en aras a favorecer la dignificación de la persona con trastorno mental y su integración en la sociedad. Esta Política Nacional de Salud Mental apunta a la superación del modelo hospitalocéntrico–manicomial, proponiendo un abordaje comunitario de la salud mental, basado en el respeto a los derechos humanos, en el trato humanizante y la participación social para la construcción y ejercicio de ciudadanía de las personas con y sin trastornos mentales. Para

ello es necesario movilizar los recursos asistenciales públicos con los que contamos, fomentar la creación de equipos multidisciplinares capaces de promover la salud mental, e invertir en la protección, en la creación de servicios de base comunitaria que favorezcan tanto el desarrollo de capacidades como la recuperación de la autonomía, la rehabilitación y la reinserción social.

La deuda acumulada durante años, tiene que dar paso a un enérgico proceso de cambio. Tenemos que superar con esfuerzo colectivo la famosa frase de nuestro querido Roa Bastos “*El infortunio se enamoró del Paraguay.*” Es el tiempo de construir políticas públicas de otra forma, con responsabilidad colectiva, en conjunto con los profesionales de salud y la sociedad toda.

Conocemos las dificultades y la resistencia al cambio que genera todo lo nuevo, pero se hace imperioso avanzar, construir juntos una nueva visión que supere el esquema de la salud mental contemplada como enfermedad. Superar los desafíos para hablar de salud mental desde otra perspectiva, la de las oportunidades para la felicidad de la gente, para el desarrollo de capacidades de niños y jóvenes, convirtiendo al Paraguay en un país que promueve la salud mental creando vínculos solidarios.

Dra. Esperanza Martínez
Ministra de Salud



2. INTRODUCCIÓN



La presente política quiere dar respuesta a las necesidades de la población paraguaya y expresa el consenso de las/los trabajadoras de la salud y de personas vinculadas, sobre el camino a seguir en el proceso de transformación del abordaje de la salud mental. En el marco de las Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad, reivindican para el área de la salud mental, sector largamente postergado, lo declarado en ellas: *“un modelo de atención capaz de dar respuesta suficiente y coherente, un modelo que desmonte cualquier tipo de exclusión, convirtiendo la lucha por la salud y el bienestar del pueblo en una Política de Estado”*.

Constituye un desafío para el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social promover la salud y la salud mental con ella, como derecho humano fundamental y dar cumplimiento al mandato constitucional de universalizar progresivamente el acceso de la población a servicios de salud de calidad. Es imperioso avanzar en la instalación de un abordaje integral y comunitario que contemple a la persona desde una visión holística, que promueva la salud mental con acciones preventivas, curativas, educacionales, de rehabilitación y

reinserción desde la propia comunidad, evitando el estigma, el encierro y el desarraigo. De esta forma, el proceso de desmanicomización, cultural, edilicia y presupuestaria, y la apropiación paralela de un abordaje integral y comunitario son los ejes vertebradores de esta política.

La presente publicación es fruto de un proceso participativo y pluralista del que colaboraron personas de diversos sectores del Estado y de la sociedad civil. Se inició en el año 2009 con la elaboración de un documento base que fue analizado y discutido en tres Foros Regionales: Región Sur (Departamentos de Misiones, Itapúa y Ñeembucú), Norte (Departamentos de Amambay y Concepción) y Central (Caaguazú, Caazapá, Cordillera y Paraguari), y por último un Foro Nacional de Salud Mental realizado en la Ciudad de Asunción. De los Foros participaron unas 400 personas vinculadas al área de la salud mental, profesionales, servidores públicos, universitarios, miembros de asociaciones de familiares de personas con trastornos mentales y de la sociedad civil. Los participantes del Foro Nacional promovieron la firma de la Carta de Asunción,

presentada posteriormente a la máxima autoridad de salud pública. Los insumos recabados con los foros constituyeron la base de la política que terminó de construirse con el apoyo de un equipo técnico.

Estamos convencidas que la aplicación de esta política supondrá un cambio radical,

necesario y beneficioso que permitirá la eliminación de la lógica manicomial colocando a las personas con y sin trastornos mentales, las familias y las comunidades como protagonistas de su propia historia, porque son ellos los que importan y los que mueven las iniciativas de este ministerio.

Dra. Margarita Bazzano
Directora General
Dirección General de Programas de Salud

Dra. Mirta Mendoza
Directora
Dirección de Salud Mental

3. SALUD MENTAL EN EL PARAGUAY



ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Por largo tiempo la salud mental se vio vinculada y limitada a la atención de las personas con discapacidad psicosocial a cargo del único hospital psiquiátrico estatal en Paraguay, fortalecido por un sistema político de 35 años de dictadura y 19 años transición democrática. En contraposición, y como consecuencia de acciones y reflexiones humanizantes, en la década del 70 se realizó un intento de implementación de un modelo diferente a través de comunidades terapéuticas para la atención de internados en el hospital psiquiátrico. Sin embargo, el modelo hegemónico manicomial de entonces no permitió la permanencia de estas propuestas.

Las luchas sociales de personas, grupos, gremios y asociaciones iniciadas en ese entonces, fundaron las bases que sustentan hoy día la salud y el desarrollo social como derecho fundamental. La caída de la dictadura abrió los muros restrictivos, iniciándose un proceso hacia la democracia mediante la creación de condiciones para el ejercicio del derecho. El golpe de estado de febrero del 89 interpeló otras realidades en relación a la cobertura de salud y educación, dando cuenta de las inequidades existentes tanto en el ámbito urbano como en el interior del país;

dejando emerger nuevos paisajes en los semaforos, casas abandonadas, niños, mendigos, enfermos y ancianos en las calles, al igual que otros contextos de exclusión y violencia.

Esta situación marcada por lo histórico político fue utilizada para la demagogia con falsas promesas y compra de votos, y soslayó la participación ciudadana. A la par se fortalecían y sostenían otras situaciones de encierro, que sin ser muros físicos, se estructuraron como muros mentales y sociales de exclusión, buscando encerrar a una ciudadanía oprimida por el hacinamiento y la pobreza, cercenándoles cualquier idea que abriera posibilidades de participación, desarrollo y autonomía.

La transición democrática reconoció los escenarios citados y legitimó a los grupos y organizaciones. Las movilizaciones de reivindicación señalaron lo tangible de las desigualdades en una realidad cotidiana de lucha por la sobrevivencia, por la tenencia de tierras, bienes y oportunidades. Sin embargo, el modelo imperante siguió enriqueciendo a unos pocos y empobreciendo a muchos, dañando el ecosistema, enfermando gente y reduciendo la participación.

Destacamos en este análisis histórico-político el proceso de instalación y funcionamiento de la Unidad de Salud Mental en el

Hospital Regional de Pedro Juan Caballero, Amambay, desde el año 1997 como inicio de un modelo humanista y centrado en la comunidad, con características preventivas desde el momento que evita el encierro, el asilamiento, el desarraigo y la estigmatización. La propuesta es la de hacer extensiva dicha experiencia en todas las regiones del país, atendiendo las expectativas y realidades de cada territorio, de cada comunidad, en cuanto a sus necesidades y prioridades, dando participación en calidad de actores sociales a quienes integran dichas comunidades.

SALUD MENTAL Y DERECHOS HUMANOS

En la década del 90 se constituye el Foro Permanente de Salud Mental, que reivindicó la palabra loco/locura como estandarte de la inclusión, bregando por el cierre del Hospital Psiquiátrico, la libertad de los internados y la inclusión de los mismos en la sociedad como sujetos de derecho.

Simultáneamente la prensa nacional hace eco de las voces de personas y organizaciones, nucleadas después en la Coordinadora de Derechos Humanos del Paraguay (CODEHUPY), que denunciaban la violación de los derechos de las personas con trastornos mentales en régimen asilar. En el 2003 la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), impone medidas cautelares al estado paraguayo por este mismo hecho. Al año siguiente se inician acciones centradas en la mejora de las condiciones habitacionales y tratamiento de las personas internadas en el Hospital Neuropsiquiá-

trico, pero éstas se limitan estrictamente a la reestructuración y readecuación edilicia. Para entonces, no se habían registrado mejoras en el problema de la numerosa población hospitalaria, así como la falta de diagnósticos, tratamientos adecuados, programas de rehabilitación, ampliación y fortalecimiento de servicios de salud mental de base comunitaria, entre otros.

En el año 2005, los peticionarios Mental Disability Rights International (MDRI) y el Centro por la Justicia y el Derecho Internacional (CEJIL), firmaron un acta con el estado paraguayo ante la CIDH. Contenía los compromisos en relación a la desinstitucionalización gradual, reducción del número de internados, fortalecimiento paralelo de los servicios de salud mental de base comunitaria y promulgación de una ley garante de los derechos de las personas con trastorno mental. Para su cumplimiento se estableció un plazo de cinco años.

El Paraguay no cuenta aún con una ley que proteja los derechos de las personas con trastornos mentales y los de sus familiares, en los servicios y en la comunidad. Fueron trabajadas varias propuestas desde sectores oficiales y de la sociedad civil. Una llegó a tener media sanción de la Cámara de Diputados sin ser nunca aprobada, por lo que se siguen realizando esfuerzos. Existe un mayor avance en la ley que reglamenta y crea el Mecanismo Nacional de Prevención de la “Tortura y/o Tratos o penas Cruelles, Inhumanos o degradantes” (MNP). El MNP tiene el objetivo y los medios para ejercer las funciones de control, supervisión, revisión y prevención de actos inhumanos en los lugares de internación y de detención

de personas, a modo de que el mismo cumpla las funciones de Órgano de Revisión. Es propuesto con el criterio y la finalidad de tener efectividad, autonomía e independencia funcional y presupuestaria de todo poder que pudiera influir sobre el mismo, condiciones fundamentales para que pueda cumplir su cometido (Ley N°2754).

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social en el año 2002 elaboró una Política Nacional de Salud Mental con la participación de trabajadores, profesionales del área y personas comprometidas con esta temática desde varias décadas. Se buscó plasmar el proceso, las luchas por el reconocimiento del derecho a la salud mental, los paradigmas y las ideas circulantes, teniendo como prioridad el debate de la reforma en la atención. Sin embargo no se generaron grandes avances.

Entre los años 2007 y 2008 la situación no mejoró, los hechos cada vez se tornaron más graves. El 30 de julio de 2008 la CIDH impuso nuevamente medidas cautelares a favor de las personas internadas en el Hospital Neuropsiquiátrico. Como respuesta se crearon espacios de rehabilitación (hogares sustitutos) en el extramuro del hospital y se comenzó la ampliación y fortalecimiento de unidades de salud mental.

En el mes de septiembre del 2010 el MSP y BS recibe la comunicación oficial de la resolución de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en la que se establece el levantamiento de las medidas cautelares impuestas al país en relación a la situación del Hospital Neuropsiquiátrico. (Nota VMRE/DGP/DDHH/N°219/10).

NUEVOS DESAFIOS

El nuevo gobierno, asumido el 15 de agosto del 2008, manifiesta un marcado compromiso del Estado con la sociedad, se abren nuevas posibilidades para las mejoras, largamente postergadas, de las condiciones en salud mental.

Esta Política Nacional de Salud Mental apunta a la superación del modelo hospitalocéntrico–manicomial, proponiendo un abordaje comunitario de la salud mental, basado en el respeto a los derechos humanos, en el trato humanizante y la participación social para la construcción y ejercicio de ciudadanía de las personas con y sin trastornos mentales.

En el Paraguay, la salud es reconocida como un derecho universal a partir de la modificación de la Carta Magna en la Constituyente de 1992, siendo éste el pilar de las actuales “Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad” que definen como principios rectores del Sistema Nacional de Salud la universalidad, la equidad como expresión de máxima justicia social, la integralidad y la participación protagónica de la ciudadanía en el avance hacia una democracia liberadora.

Las propuestas de cambio de modelo de la atención de salud mental en el Paraguay han sido inspiradas por el proceso de desmanicomialización de Italia lideradas por Franco Basaglia en la década de los 70 y el Movimiento Solidario de Salud Mental de América Latina en los 80, así como en diversas experiencias de la Provincia de Río Negro en la Argentina, de Río Grande do Sul y varios Estados del Brasil a partir de los

años 90. Estas experiencias fortalecieron el movimiento que ya se daba en el país para desmontar estructuras excluyentes.

La Declaración de Caracas en el año 1990 y los “Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental”, en el 1991, a los que Paraguay se adscribe desde ese tiempo, son el marco referencial de la presente política.

Las experiencias vividas deberán desarrollar otras instancias diferentes, transformadoras de la situación de la salud mental, que permitan superar el trinomio salud mental-enfermedad-recuperación manicomial, para pasar a una concepción que contemple la capacidad de desarrollo pleno de las personas en todas las esferas de la vida, capacidad que se construye en lo cotidiano, en la sociedad, en la comunidad. Es imposterizable asegurar un proceso decisivo y sostenido de desmanicomialización donde se protejan los derechos de las personas que sufren trastorno mental, e instaurar un nuevo modo de abordaje comunitario y participativo con el compromiso de los profesionales y la ciudadanía. Desmanicomializar

significa desmontar el discurso hegemónico, sustituirlo por otro de carácter participativo, incluyente de saberes populares y rescatar las buenas prácticas utilizadas por las propias comunidades para resolver los problemas relacionados a la salud mental. Implica desmanicomializar el presupuesto invirtiendo en la protección, en servicios de base comunitaria que favorezcan tanto el desarrollo de capacidades como la recuperación de autonomía, la rehabilitación y reinserción social.

La atención psicosocial, en su capítulo de desmanicomialización, es un proceso complejo que tiene como fin recuperar la condición de sujetos de derecho de las personas que sufren encierro en los manicomios por enfermedad mental crónica. Permite superar la deuda social, los restos de una herencia autoritaria, infiltrada e instalada en la cultura de nuestro pueblo con graves consecuencias en el modo de relacionamiento social.

Constituye un imperativo ético partir de una visión transformadora del padecimiento subjetivo basado en acciones liberadoras.

4. FILOSOFÍA POLÍTICA



Las “Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad” constituyen el marco político de la de Salud Mental. Su filosofía política se sostiene en cuatro principios fundamentales:

- La universalidad refiere a que el derecho a la salud forma parte del conjunto de los derechos humanos y sociales de todos/as los habitantes del territorio paraguayo. Todo ciudadano y ciudadana debe recibir respuestas adecuadas e idóneas por parte del sistema de salud sin ningún tipo de exclusión.
- La equidad como principio de justicia para que todos y todas se acerquen igualitariamente al máximo nivel de calidad de vida, dando más al que más necesita para tener las mismas oportunidades de acceso a bienes y servicios en aras de satisfacer las necesidades.
- La integralidad que se enmarca en la persona como sujeto de derecho. La atención a sus necesidades debe darse de forma integral, es decir, teniendo en cuenta la subsistencia, protección social, participación, identidad, creatividad, libertad, entendimiento, recreación, afecto, para el logro de una buena calidad de vida. El equilibrio salud-enfermedad

se da en un contexto de necesidades satisfechas que hacen a la sobrevivencia, a la integridad de cada uno, así como a la autorrealización, condiciones primordiales para el desarrollo de las personas.

- La participación protagónica de individuos y organizaciones para el diseño de respuestas acordes a las necesidades de la comunidad; con participación y capacidad de decisión en la gestión y control para la transparencia de las respuestas del estado.

Afirmándonos en estos principios asumimos que “*no hay salud sin salud mental*” por lo que la satisfacción del derecho a la salud de las personas y las comunidades pasa por tener satisfecho también el derecho a la salud mental. La garantía del mismo es un compromiso de los estados y no se logra exclusivamente por la oferta de servicios para la curación o mejora del sufrimiento psíquico de las personas, sino también por la existencia de condiciones dignas de vida que posibiliten el buen vivir. Gozar de salud mental es un concepto positivo de la salud. No se reduce a carecer de trastorno mental y/o sufrimiento psíquico sino que implica equidad de oportunidades en el acceso a la cultura, al ocio, al deporte, al empleo, a la vivienda, etc. También forma parte de este

derecho la existencia de servicios de salud universales, equitativos e integrales donde las personas puedan proteger, recuperar o mejorar su salud mental mediante un abordaje personal y comunitario, donde las respuestas puedan abarcar los complejos escenarios que hacen al gozar de salud mental y sean dadas desde un profundo respeto a la dignidad y derechos de la persona. Nos sostenemos en la importancia de la participación de las personas y comunidades como protagonistas de su propio proceso de construcción de salud mental, desde un abordaje horizontal, hacia la construcción de una ciudadanía libre y autónoma para el ejercicio del derecho ciudadano.

Esta política concibe al sujeto desde una visión integral, como un ser bio-psico-social teniendo en cuenta las tres dimensiones:

- Lo biológico, como cuerpo tangible, expresivo, sentido, funcional, estructural; en presencia o no enfermedad del organismo, así como su repercusión psico-social.
- Lo psicológico, como espacio mental dinámico, cambiante y lábil. Como expresión de la subjetividad e intersubjetividad, así como del lenguaje y la comunicación. De ellos emerge la percepción de bienestar y salud, así como su desempeño bio-social.
- Lo social, como el espacio en el que vive y convive cada persona, adaptándose, adecuándose o cambiando las circunstancias. En un marco de respeto y productividad, enmarcando la funcionalidad social de cada uno, así como su repercusión psico- biológica.

El mundo de las ideas se concibe en modelos filosóficos que se organizan e integran

en un cotidiano de vínculos y de relaciones, que conforman las premisas de los mismos. En ese sentido, esta propuesta política se sustenta en los siguientes valores:

- Respeto a la vida y a la diversidad: respeto a los derechos humanos sin importar la condición del individuo, raza, sexo, orientación sexual, identidad de género, clase social, religión, condición de salud, edad u otra característica. Además, implica respeto a las decisiones del individuo.
- Humanización de la atención: trato personal y digno, expresado con sensibilidad, promovedor de confianza, seguridad, respeto y esperanza en el que lo recibe.
- Calidad: implica el mejoramiento constante de los procesos de atención para lograr la satisfacción de las expectativas de la población.
- Responsabilidad ciudadana: conciencia de la trascendencia de la misión e importancia de la función dentro de la comunidad.
- Competencia: ser apto(a), idóneo(a), para realizar su función.
- Solidaridad: proceso por el que todos los individuos contribuyen al desarrollo integral de su salud y la de otros de acuerdo a sus posibilidades y capacidades.
- Perseverancia: firmeza y constancia en la ejecución de los propósitos y objetivos. Trabajo tenaz y empeño en la prosecución de objetivos terapéuticos.
- Confidencialidad por el derecho de las personas a que se mantengan en reserva sus padecimientos, tratamientos y logros en el proceso de su recuperación de su salud.

5. ESTRATEGIA PROMOCIONAL DE LA EQUIDAD EN CALIDAD DE VIDA Y SALUD



El contenido programático de las “Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad” del gobierno nacional está orientado por la Estrategia Promocional de la Equidad en Calidad de Vida y Salud, estrategia conformada por el conjunto de acciones dirigidas a promover la autonomía de las personas, el desarrollo pleno y digno de las mismas en el ámbito social, político y económico. Dicha estrategia tiene como punto de partida el respeto irrestricto al derecho humano fundamental a la salud de las personas y el derecho a la salud mental como parte de él. El objetivo último es que toda la población goce del máximo nivel de salud mental posible, capacidad que viene proporcionada por las condiciones de afrontamiento de las adversidades y por el acceso a condiciones individuales y colectivas de buena calidad de vida.

Las acciones a desarrollarse buscan incidir en las situaciones que afectan a la salud mental a lo largo del curso vital comenzando desde la etapa preconcepcional, ya que la exposición a riesgos físicos y sociales en una etapa de la vida puede reflejarse como sufrimiento psíquico en las siguientes. Por otro lado, existen fases sensibles del desarrollo como son la niñez, la adolescencia y

juventud donde se adquieren con mayor facilidad capacidades y aptitudes que determinarán las siguientes etapas de la vida y condicionarán el goce o no de salud mental en las mismas.

Promover la autonomía en el campo de la salud mental significa poner en marcha acciones preventivas, educativas, curativas y rehabilitadoras necesarias para que las personas puedan desarrollar las competencias que les permitirán disfrutar de independencia y autosuficiencia física, económica y política. Las intervenciones terapéuticas y los escenarios asistenciales no deben ser restrictivos de la libertad y deberán orientarse de forma que preserven y estimulen la autonomía de las personas en general.

En el marco de la Estrategia Promocional de la Equidad en Calidad de Vida y Salud se proponen las siguientes directrices:

- Partir de las necesidades en calidad de vida y salud
- Cambiar el modo de atención
- Asumir un nuevo modo de gestión y participación social
- Utilizar una lógica de trabajo transectorial

PARTIR DE LAS NECESIDADES EN CALIDAD DE VIDA Y SALUD

Este punto de salida nos obliga a empezar dimensionando las necesidades de la población en salud mental no confundiéndolas con la demanda de los servicios de salud, pues la misma está sesgada por la oferta. Se requiere de un mapeo de necesidades insatisfechas en salud mental que nos señale las causas y condiciones que las generan, las diferencias entre la oferta y las necesidades reales y las brechas de inequidad existentes para las condiciones de edad, género, etnia, clase social.

Con el propósito de desnaturalizar aquellas situaciones que resultan intolerables en temas de salud mental dada su gravedad, frecuencia y complejidad y considerando que existen los medios y conocimientos para erradicarlas, expresamos estas necesidades como metas de indiferencia cero colocándolas como un compromiso ético e ineludible del gobierno:

- Indiferencia cero para el sufrimiento mental sin asistencia ni acompañamiento a lo largo del curso vital
- Indiferencia cero para las situaciones de riesgo de suicidio no identificadas ni protegidas
- Indiferencia cero para la violencia en todas sus formas contra niñas y niños, adolescentes, y jóvenes, hombres y mujeres adultos y adultos mayores
- Indiferencia cero para los factores de riesgo del uso, abuso y dependencia de drogas legales e ilegales, incluyendo tabaco y alcohol

- Indiferencia cero para la falta de ofertas asistenciales para el tratamiento de personas con trastornos por uso de sustancias adictivas
- Indiferencia cero para las hospitalizaciones psiquiátricas crónicas y/o innecesarias
- Indiferencia cero a las condiciones inhumanas de la hospitalización psiquiátrica
- Indiferencia cero a la discapacidad en todas sus formas por causas prevenibles y a la falta de oportunidades para la vida independiente de las personas con discapacidad

CAMBIAR EL MODO DE ATENCIÓN

La experiencia vivida en el complejo mundo de la salud mental nos revela que las causas de los problemas y las necesidades rebasan lo estrictamente sanitario y que los abordajes y soluciones asistenciales son insuficientes y limitados. Se hace ineludible centrar la mirada en la raíz de los problemas y buscar las respuestas a los mismos desde un enfoque promocional de la salud mental.

El modo promocional y crítico de atención que planteamos en esta política se contrapone al modo asistencialista centrado en la enfermedad, y por tanto, hegemónico y hospitalocéntrico. Señala un abordaje donde la perspectiva de la promoción está insertada en todas las acciones, ya sean educativas, preventivas, protectoras, de diagnóstico, de tratamiento y de rehabilitación. La promoción, de esta forma, no es ya una acción sino

el conjunto de actividades que se desarrollan para proteger, cuidar, restablecer o potenciar la salud mental de las personas y las comunidades.

Hacia un modelo comunitario de atención

Definido el modo promocional, proponemos un modelo comunitario de atención a la salud mental como alternativa de inclusión. El mismo busca organizar junto con la gente los procesos que emergen en los contextos comunitarios teniendo en cuenta las particularidades personales y su asociación al colectivo al cual pertenecen. Asumiendo el sentido interno, entre el deseo y la realidad, la subjetividad, como fuente de determinación de necesidades personales y colectivas. Abriendo las posibilidades para la creación de proyectos comunitarios, para su desarrollo y cumplimiento. Es un proceso crítico y constructivo que se desarrolla en un contexto social, desde la cotidianidad a través de:

- El reconocimiento de la situación propia de cada comunidad
- La búsqueda de respuestas a sus necesidades
- El disfrute del cotidiano y de sus procesos
- La exigencia de sus derechos
- Las conversaciones y el sentido crítico
- La solidaridad con otras comunidades

Esto movilizará en las comunidades factores de transformación, tan necesarios para la construcción de identidades y pertenencias. La propuesta se da en el cotidiano de las vivencias, en las oportunidades de compartir

espacios, en las conversaciones que abren la reflexión y la intersubjetividad.

De este modo, la construcción social se dará desde cada uno, reconociendo las necesidades, deseos, sueños y propuestas, dando un rol protagónico a la persona a través de reuniones y asambleas, en la búsqueda de la participación activa de las comunidades. Se espera así el involucramiento de todos, incluyendo a las personas que presentan discapacidad psicosocial y a sus familiares como parte del proceso de rehabilitación, en un contexto de participación activa e inclusiva de los servicios de salud mental.

En esta propuesta, el abordaje no se centra exclusivamente en los síntomas de las enfermedades, sino en el proceso de crecimiento personal y desempeño psicosocial. El involucramiento activo de la comunidad mitigará el estigma y la discriminación, favoreciendo el mantenimiento y la mejora de la salud mental en los territorios sociales. Así, es necesario concretar espacios que generen visiones, voces y respuestas comunes en las vecindades, hacia la integración en una participación protagónica y auto determinante, hacia propuestas de acción. De este modo, las cuestiones de salud mental se tornarán como un tema que atañe a la ciudadanía toda, como parte de las agendas de trabajo, de los debates y las acciones.

ASUMIR UN NUEVO MODO DE GESTIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL

El desarrollo de un modo promocional y crítico exige orientar el modo de gestión desde él. Por ello, se plantean como ejes

fundamentales para la estructura de la gestión de esta política:

- Desmanicomialización cultural, presupuestaria y edilicia
- Gestión participativa

Desmanicomialización cultural, presupuestaria y edilicia

Esta premisa se sustenta en las personas y sus derechos para la construcción de ciudadanía. Construir salud mental no es solamente una cuestión de psiquiatras y de hospitales monovalentes, sino de toda la sociedad buscando el bien común para todas las personas. El criterio de asilar no tiene que ver sólo con los muros de un hospital, sino con los muros de la mente generadores de fronteras rígidas que niegan e impiden los mecanismos para construir espacios psíquicos de salud mental, en la relación vincular y en la cultura. La desmanicomialización abarca:

- Desmanicomializar la cultura. Significa incluir en el desarrollo de las políticas de salud mental un multiverso de voces que abarque la de los profesionales de la salud, de la sociedad civil, fundaciones y organizaciones que trabajan en el área. Significa desmontar el discurso hegemónico, reduccionista y biológico para sustituirlo por otro de carácter participativo, incluyente de otras disciplinas científicas y saberes populares. Y significa también rescatar las buenas prácticas, las respuestas efectivas que las propias comunidades utilizan para resolver los problemas relacionados a la salud mental. Realmente, el ejercicio

del derecho a la participación de por sí conlleva un componente importante de prácticas saludables.

- Desmanicomializar lo presupuestario. Implica re-destinar los recursos que mantienen y generan espacios para la violencia, los encierros y restricciones de las personas con trastornos mentales, a modelos que aseguren y sostengan los DDHH de estos pacientes.
- Desmanicomializar lo edilicio. Significa internar sólo cuando sea absolutamente necesario, en situaciones críticas y de emergencia, rechazando definitivamente la internación hospitalaria crónica y deshumanizante de características restrictivas y asilares. La creación de dispositivos y servicios de atención, seguimiento y convivencia de base comunitaria, abiertos a la comunidad toda para evitar nuevas formas de “segregación comunitaria”, constituye el camino a seguir.

Un impacto esperado de esta política es el de mitigar, reducir y eliminar los ejes que sustentan los manicomios. Esto es, no sólo los muros físicos de la calle Venezuela, sino también los otros muros mentales que propician la exclusión, el estigma y el encierro: aquellos que son utilizados para restringir y recluir a las personas con trastornos mentales, aquellos que marcan las diferencias en las situaciones de violencia y exclusión de género, de opción sexual, de adicciones, de los márgenes de pobreza, de los niños de la calle, vale decir, la de aquellos grupos discriminados en base a la desigualdad distributiva de la riqueza.

Suscitar una participación protagónica y comunitaria

El modelo comunitario de abordaje a la salud mental facilitará el desarrollo de la comunidad en una integración bio-psico-social, dando lugar a que las personas sean sujetos activos en el ejercicio de sus derechos, propiciando la igualdad de condiciones tanto para el acceso al trabajo, a la educación, a la participación, como a mejores servicios de salud mental.

Es necesario adoptar una política que incluya a todos los sectores y actores sociales involucrados para el logro del bienestar personal y social, colocando al ser humano como protagonista de su propio cambio y realidad. El compromiso implica responsabilidades compartidas con otras instituciones del Estado y organizaciones de la sociedad civil.

Como estrategia para el abordaje comunitario se tendrá en cuenta el abordaje en redes el cuál entiende que una red existe desde el momento en que es connotada y emerge como portadora de una demanda que busca ser contenida, en una sociedad que se autoconstruye. Se refiere a los vínculos que buscan dar conformación y consistencia sociopolítica a las relaciones entre los actores locales, tanto en su relación con el estado como en la relación con sus pares cuando actúan en tareas de desarrollo local. Se sustentan en la cooperación, la coordinación y la competencia. Se hacen más pertinentes cuando se trata de promover el de-

sarrollo local a partir de las potencialidades particulares y acervos culturales singulares de la localidad considerada, dando participación en las intervenciones a toda la población. Este concepto de red sugiere que se comienza a rehabilitar la acción política y, con ello, la participación y el redescubrimiento de actores sociales que rompen con la dependencia única del Estado como eje de sostenimiento de la estructura social, y que se está consolidando la reconstrucción de la sociedad mediante encuentros transversales y de reconocimiento al otro como parte de un tejido indivisible que establece un novedoso protagonismo social.

UTILIZAR UNA LÓGICA DE TRABAJO TRANSECTORIAL

La complejidad de los problemas en el campo de la salud mental, con sus raíces intrincadas y hundidas en lo social, en lo biológico, en lo psíquico, en lo ecológico, exige el trabajo unificado de los diferentes sectores sobre el origen de los problemas. Esto es, establecer una lógica de trabajo transectorial tanto entre las diferentes áreas de la salud pública como con otros sectores del Estado, Secretaría de la Mujer, de la Niñez y la Adolescencia, de Repatriados, de Acción Social, de Cultura, de la Juventud, de Justicia y Trabajo, Secretaría de Emergencia Nacional, Poder Judicial, Corte Suprema de Justicia, Ministerio Público, Defensoría del Pueblo y otros. Así también con los gobiernos locales, departamentales y municipales.



6. PROPUESTAS PROGRAMÁTICAS

- Garantizar de modo irrestricto el derecho humano a la salud y, por ende, el derecho a la salud mental de las personas con o sin trastorno mental, sustentado en una ley de Salud Mental que asegure un sistema contralor autónomo. Protegiendo y cuidando la salud mental de todos y todas, para mantenerla, desarrollarla y regenerarla. Satisfacerlo desde la universalidad con equidad, es decir, a todos y todas y dando más a quienes más necesitan para superar las desigualdades injustas. Esto conlleva respetar la autonomía de las personas eligiendo medidas terapéuticas destinadas a preservar y estimular la independencia personal.
- Impulsar la desmanicomialización rompiendo con la lógica manicomial y superando el modelo hospitalocéntrico donde el hospital constituye la opción preferencial de atención a las personas con trastorno mental. Pasar a un modelo comunitario para preservar y mejorar la salud, además de construir y desarrollar estrategias sustitutivas de tratamiento y rehabilitación para las personas con trastornos mentales, o con problemas relacionados al consumo de alcohol u otras drogas, estableciendo modelos terapéuticos en ambientes comunitarios, libres de discriminación y estigmatización.
- Desmanicomializar el presupuesto mediante la puesta en marcha de una estrategia que garantice que el mismo gradualmente sea destinado a fortalecer el modelo comunitario, en la medida que progrese el proceso de desinstitutionalización.
- Garantizar la continuidad del cuidado de los ciudadanos y ciudadanas con trastornos mentales, tanto en sus comunidades como en el Sistema Público Nacional de Salud a través de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS): Red de Atención Primaria, Red de Atención Especializada, Red de Atención Hospitalaria y Red de Atención a las Urgencias, como principales y Red de Apoyo diagnóstico, de Vigilancia de la Salud, de Asistencia Farmacéutica, de Rehabilitación-Órtesis y Prótesis como complementarias. La continuidad del cuidado implica también que un equipo de salud sea responsable del seguimiento, acompañamiento y tránsito de las personas por las RISS cuando sea necesario.
- Impulsar la formación de los trabajadores de salud mental generando un

perfil del profesional acorde al modelo comunitario y promover un cambio de actitud tanto en ellos como en la ciudadanía a fin de eliminar la estigmatización y la exclusión.

- Impulsar la participación protagónica de los usuarios, sus familiares y la comunidad para el señalamiento de los problemas, explicación de necesidades y búsqueda de soluciones para mejorar la salud mental de todas y todos, en un espacio de construcción y ejercicio de ciudadanía que permita el empoderamiento y los liderazgos locales.
- Crear espacios comunitarios saludables de participación, recreación, educativos, culturales y de gestión en los territorios sociales y/o áreas de responsabilidad de las Unidades de Salud de la Familia. Es en estos espacios, cercanos a las personas y a las comunidades, donde se promoverá la salud mental a través del desarrollo de las subjetividades e intersubjetividades, utilizando distintas modalidades expresivas.

Por tanto, se propone:

- Garantizar el derecho a la salud mental con universalidad, equidad e integridad, como un derecho humano que contempla el derecho a la asistencia, al bienestar y a la participación.
- Impulsar un proceso decisivo y sostenido de desmanicomialización cultural, edilicia y presupuestaria desarrollando un modelo de atención comunitaria en salud mental.
- Garantizar la protección y cuidado de la salud mental en el Sistema Público Nacional de Salud, con universalidad y gratuidad.
- Promover y afianzar la participación ciudadana como contralor local de las respuestas a las necesidades de cada territorio, integrando asistencia, ambiente social, educación, recreación y preparación para la vida en la sociedad.
- Impulsar la formación de los trabajadores de la salud acorde al modelo comunitario y generar un cambio de actitud tanto en ellos como en la ciudadanía a fin de eliminar la estigmatización y la exclusión.



7. REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD (RISS) Y LINEA DE CUIDADO DE LA SALUD MENTAL

La línea de cuidado de salud mental debe responder al contenido de la estrategia promocional de la equidad en calidad de vida y salud explicada anteriormente, es decir, ha de construirse de acuerdo a un modo promocional y un modelo comunitario de salud mental. Debe quedar integrada, articulada y coordinada en las RISS del Sistema Público Nacional de Salud y vincularse a otras redes de protección social a fin de garantizar el continuo del cuidado y la atención a todos los ciudadanos y ciudadanas.

Las Redes Integradas de Servicios de Salud están conformadas por las redes principales (*Red de Atención Primaria de la Salud, Red de Atención Especializada Ambulatoria, Red de Atención a las Urgencias y Red de Atención Hospitalaria*) y las complementarias (*Red de Apoyo Diagnóstico, Red de Asistencia Farmacéutica, Red de Vigilancia de la Salud, Red de Rehabilitación Órtesis y Prótesis*), así como por un sistema de regulación médica, un sistema de transporte y un sistema de información. Esta continuidad del cuidado que proporcione tratamiento, rehabilitación, protección y apoyo ininterrumpidamente se hará posible potenciando los equipos de salud de la familia (ESF) y equipos multidisciplinarios de atención a la salud mental que trabajen coordinadamente y desarrollen planes individuales y colectivos para la atención en el territorio y a lo largo de la red de servicios de salud.

RED DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

El abordaje promocional de la salud mental en un modelo comunitario se efectúa a través de la Atención Primaria de la Salud. Tal como se describía ya en el año 1978, en la Conferencia de ALMA ATA “La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención en salud al lugar de residencia y trabajo, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”¹. Las “Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad”, la proponen como “la estrategia que articula y vertebra el Sistema Nacional de Salud actuando como puerta de entrada, jerarquizando y ordenando la atención”. Los equipos de salud de la familia (ESF) adquieren responsabilidad sanitaria y social sobre la población asignada. De esta forma, hasta cinco mil personas de un determinado territorio tienen como respon-

¹ Declaración de ALMA-ATA. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, USSR, 6-12 septiembre 1978.

sables de su salud a un ESF conformado por un médico/a, un licenciado o licenciada en enfermería u obstetricia, un auxiliar de enfermería y cinco agentes comunitarios de salud. De esta forma se posibilita la construcción de ciudadanía a partir de la participación social y la atención universal, reduciendo al máximo barreras tales como la geográfica, idiomática, cultural, económica, etaria, entre otras.

Los ESF promoverán la salud mental de las personas y las comunidades mediante acciones educativas, preventivas, asistenciales y rehabilitadoras en todas las etapas del curso vital para lo cual recibirán capacitación continua, seguimiento y actualización en temas de salud mental. La red de atención primaria permite, por su accesibilidad, la inclusión en los servicios de salud a las personas con trastornos mentales y a sus familiares desde el territorio, es decir, en su misma comunidad.

La línea de cuidado de la salud mental empieza en la atención primaria y transversaliza todas las redes para gestionar el acceso a la atención y cuidado de las personas con trastorno mental, de las usuarias de sustancias psicoactivas y de las víctimas de violencia en todas sus formas en cualquier etapa de la vida. La rehabilitación y reinserción social en la comunidad son fundamentales para garantizar los derechos de las personas con trastorno mental. La inclusión social es la forma de superar la cultura de intervenciones asistencialistas, centradas en el hospital y generadoras de regímenes restrictivos que privan a las personas de sus derechos, de su autonomía, es decir, del ejercicio de ciudadanía.

RED DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA AMBULATORIA

La atención ambulatoria especializada en salud mental se realizará en los Centros Comunitarios de Salud Mental, ubicados preferentemente en los Centros Ambulatorios de Especialidades (CAE), si bien también pueden ser instalados en hospitales distritales, generales u otros establecimientos de acuerdo a la disponibilidad edilicia y a las alianzas interinstitucionales que pudieran hacerse.

Al igual que los CAE, se instalará un Centro Comunitario de Salud Mental por cada quince Unidades de Salud de la Familia, con una adscripción poblacional entre cincuenta y setenta y cinco mil personas. El equipo de salud mental (ESM) estará conformado mínimamente por psicóloga/o, psicopedagogo/a, trabajador/a social, terapeutas ocupacionales o artesanos, médicos clínicos y psiquiatra. Un trabajador del equipo del ESM, ya sea psicólogo/a, trabajador social, técnicos en salud mental, etc., tendrá responsabilidad directa sobre cinco USF para la coordinación de las acciones y del trabajo comunitario.

Las funciones de los ESM comprenden la asistencia del conjunto de las demandas (trastornos mentales, violencias, trastornos por uso de sustancias y secuelas de violaciones a los Derechos Humanos), el acompañamiento a los equipos de salud de la familia, la rehabilitación e inserción psicosocial de las personas con sufrimiento psíquico, así como acciones para la protección y mejora de la salud mental de la población en general.

Los Centros Comunitarios de Salud Mental deberán estar preparados para cumplir estas funciones contando con dependencias

que permitan la asistencia, el desarrollo de actividades ocupacionales, de convivencia y de recreo.

RED DE ATENCIÓN A LAS URGENCIAS

Todos los Servicios de Urgencias del país estarán preparados para dar respuesta a los problemas de salud mental. En los Centros Reguladores existirá profesional médico capacitado para apoyar a los médicos de urgencias en cuanto a diagnóstico, tratamiento y criterios de internación.

RED DE ATENCIÓN HOSPITALARIA

Cuando la internación sea necesaria se realizará en las Unidades de Atención Psiquiátrica de Agudos instaladas en los diferentes hospitales generales, conforme a protocolos de manejo clínico utilizando los recursos necesarios. Aproximadamente un 10% de las camas de los hospitales generales serán destinadas a internaciones psiquiátricas breves, de acuerdo a las necesidades y situación clínica de cada área.

La internación es una opción que se utilizará sólo cuando aporte mayor beneficio terapéutico que otras modalidades de intervención realizadas en el entorno comunitario, limitándose a situaciones agudas o de crisis. Esta internación en función de criterios terapéuticos, será breve, hasta un máximo de dos semanas, y siempre que sea posible se realizará bajo consentimiento informado. La decisión de proceder a la internación involuntaria, como último

recurso, una vez agotadas las medidas persuasivas y menos restrictivas posibles, se realizará en base a 4 (cuatro) criterios puntuales y específicos:

- Que la persona con trastorno mental en situación de crisis haya rebasado las posibilidades de contención de la red comunitaria
- Que la persona tenga un diagnóstico comprobado por un equipo de salud mental (integrado como mínimo por dos profesionales)
- Que dicho trastorno conlleve situaciones de riesgo para si mismo y/o para terceros, y
- Que, en caso de no instaurarse un tratamiento con carácter urgente, el deterioro que pueda sufrir la persona sea potencialmente irreversible.

Se contemplará la formación de un Comité de Revisión independiente a fin de velar por los derechos de las personas que tienen trastorno mental en situación de internación. Verificará las circunstancias que motivaron la internación y aquellos casos que requieran prolongar la estadía.

La asistencia debe ser entendida de manera integral, debiendo cubrir el *diagnóstico* (evaluación clínica psiquiátrica, psicológica y social además de evaluación de la funcionalidad), *tratamiento* (biológico, psicofarmacológico, psicoterapéuticos y otros) y *atención a la salud general*. Se elaborará un plan terapéutico individual y comunitario que de respuesta a las necesidades de los afectados y que respete la autonomía de las personas y/o la recuperación de dicha autonomía en el menor tiempo posible, hacia la rehabilitación y la reinserción social.

HOGARES SUSTITUTOS

La desmanicomialización debe ir acompañada de la puesta en marcha de dispositivos de base comunitaria, espacios terapéuticos, que posibiliten el desarrollo de la capacidad de trabajo y autonomía de las personas y la contención social de las mismas cuando sea necesario. Es decir, espacios que permitan la desinstitucionalización y reinserción social. Estas opciones incluyen los generados en las USF, en los Centros Comunitarios de Salud Mental, asociaciones de usuarios y familiares y hogares sustitutos entre otros.

Los Hogares Sustitutos están orientados para acoger a personas con trastornos mentales que no tienen las posibilidades de vivir de forma independiente y que, por diversos motivos, especialmente económicos, no cuentan con el apoyo de sus familias. Pretenden posibilitar una vida más sana e integrada, devolviendo a las personas con trastorno mental la posibilidad de pensarse como tales y de incorporarse, de la mejor manera posible, a la vida comunitaria, lo que supone un avance en el compromiso de mejorar la calidad de vida. Deben garantizar una convivencia que fomente la participación, promueva la expresión de afecto, ideas y opiniones, el respeto a sí mismo y a los demás, la tolerancia y las relaciones afectivas.

ASISTENCIA A LOS PROBLEMAS RELACIONADOS AL USO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS

La línea de cuidado de la salud mental abordará los problemas relacionados al consumo de sustancias adictivas. La red de atención primaria de la salud juega un papel primordial ya que la responsabilidad sanitaria de los equipos de salud de la familia (ESF) posibilita la detección precoz de los problemas vinculados al uso de drogas y el desarrollo de actividades para disminuir los factores de riesgo, individuales y colectivos, del uso de sustancias adictivas. Las acciones se desarrollarán en los territorios con el apoyo de los equipos de salud mental cuando las situaciones lo requieran, recurriendo a la internación en centros especializados sólo en situaciones especiales y siempre con el debido cuidado y respeto a los derechos de los usuarios.

Se trabajará en programas de capacitación para los ESF a fin de dotar a sus integrantes de las competencias necesarias, y en la preparación de ex usuarios de drogas y líderes de las comunidades para su formación como Promotores Pares, tanto en la dimensión de las propuestas de abstinencia como en las estrategias de Reducción de Daños. Se propiciará así mismo el desarrollo de los Grupos de Autoayuda tales como Alcohólicos Anónimos o Narcóticos Anónimos en las comunidades.

***Los planes, programas, proyectos
y acciones concretas deben
derivarse y estar en concordancia
con la declaración de esta Política
Nacional de Salud Mental***



8. BIBLIOGRAFÍA

Legislación:

Compilación Legislativa “*Salud Mental y Derechos Humanos*”. Dirección de Derechos Humanos de la Corte Suprema de Justicia (DDH), en alianza con la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Asunción, Paraguay, Octubre de 2009.

Declaración de Caracas. Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en las Américas. Venezuela, 1990.

Declaración de Brasilia. Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de Caracas. Brasil, 2005.

Declaración de Montevideo. Conferencia Regional “La renovación de la atención Primaria de Salud en las Américas”. Uruguay, 2006.

Políticas Públicas de Salud y de Salud Mental:

Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Asunción, Paraguay, 2008.

Redes de atención en salud. Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad 2008-2013. Dirección General de Programas de Salud. Dirección General de Atención Primaria de Salud. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Asunción, Paraguay, 2009.

Políticas de salud mental. Dirección de Salud Mental. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Asunción, Paraguay, 2002.

Políticas de salud mental. Programa Nacional de Salud Mental. Nicaragua, 2004.

Lineamientos de política de salud mental para Colombia. Ministerio de Protección Social y Fundación FES Social. Cali, 2005.

Políticas de salud mental. Sistema Nacional de Salud. El Salvador, 2004.

Políticas de salud mental 2007-2015. Programa Nacional de Salud Mental. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala, 2007.

Política Nacional de Salud Mental y mejora continúa de calidad. Departamento de Salud Mental (DIPRECE). Chile, 2007.

Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. España, 2006.

Estrategia en Salud Mental. Una aproximación para su conocimiento y desarrollo. Proyecto FEAFES para la Promoción de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, España, 2007.

II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012. Junta de Andalucía. Valmisa Gómez de Lara, Eulalio (coord.)... et al.]. -- Ed. provisional. Consejería de Salud. Sevilla, España, 2008.

“A Human Rights Approach to Quality of Life and Health: Applications to Public Health Programming [Spanish]”, Armando de Negri Filho. *Health and Human Rights: An International Journal* 10, no. 1 (2008), Perspectives, <http://hhrjournal.org/blog/perspectives/a-human-right-approach-to-quality-of-life-and-health-spanish/>.

“Un enfoque de la salud que abarca la totalidad del ciclo vital. Repercusiones para la capacitación”. International Longevity Center – OMS.

Salud Mental:

Saúde mental e atenção psicossocial. Paulo Amarante. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2007.

Cidadania e loucura. Políticas de Saúde mental do Brasil. Silvério Almeida Tundis, Nilson do Rosário Costa (organizadores), 8ª Edición, Petropilis. Rio de Janeiro, Vozes, 2007.

Saúde mental, formação e crítica. Organizado por Paulo Amarante e Leandra Brasil da Cruz. Rio de Janeiro. Laps, 2008.

Rehabilitación Psicosocial. Dimensões Teórico-Práticas do processo. Alice Hirdes, Erechim/RS: EdiFA-PES. 2001.

Manicomios Urbanos. Martín María Moreno en Encuentros de capacitación con profesionales de Unidades de Salud Mental. Asunción, 2 Julio 2010.

Atención Primaria en Salud:

Salud Mental en la atención primaria: mejorando los tratamientos y promoviendo la salud mental. Federación Mundial para la Salud Mental. WWW.WFMH.ORG. 2009.



9. ANEXOS

Anexo 1: DECLARACIÓN DE CARACAS

Adoptada en Caracas, Venezuela, el 14 de noviembre de 1990 por la Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) convocada por la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).

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 dentro de los Sistemas Locales de Salud.

Notando

1. Que la atención psiquiátrica convencional no permite alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva;
2. Que el hospital psiquiátrico, como única modalidad asistencial, obstaculiza el logro de los objetivos antes mencionados al:
 - a. aislar al enfermo de su medio, generando de esa manera mayor discapacidad social,

- b. crear condiciones desfavorables que ponen en peligro los derechos humanos y civiles del enfermo,
- c. requerir la mayor parte de los recursos financieros y humanos asignados por los países a los servicios de salud mental,
- d. impartir una enseñanza insuficiente vinculada con las necesidades de salud mental de las poblaciones, de los servicios de salud y otros sectores.

Considerando

1. 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 la meta Salud para Todos en el Año 2000;
2. 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;

3. Que los programas de Salud Mental y Psiquiatría deben adaptarse a los principios y orientaciones que fundamentan esas estrategias y modelos de organizaciones de la atención de la salud.

Declaran

1. Que la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica ligada a la Atención Primaria de Salud en los marcos de los Sistemas Locales de Salud permite la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales;
2. Que la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en la Región implica la revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios;
3. Que los recursos, cuidados y tratamientos provistos deben:
 - a. salvaguardar, invariablemente, la dignidad personal y los derechos humanos y civiles,
 - b. basarse en criterios racionales y técnicamente adecuados,
 - c. propender a la permanencia del enfermo en su medio comunitario;
4. Que las legislaciones de los países deben ajustarse de manera que:
 - a. aseguren el respeto de los derechos humanos y civiles de los enfermos mentales,
 - b. promuevan la organización de servicios comunitarios de salud mental que garanticen su cumplimiento;
5. Que la capacitación del recurso humano en Salud Mental y Psiquiatría debe hacerse apuntando a un modelo cuyo eje pasa por el servicio de salud comunitaria y propicia la internación psiquiátrica en los hospitales generales, de acuerdo con los principios rectores que fundamentan esta Reestructuración;
6. 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.

Anexo 2: 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, DE 17 DE DICIEMBRE DE 1991

Aplicación

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;
- c) 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;
- d) Por “institución psiquiátrica” se entenderá todo establecimiento o dependencia de un establecimiento que tenga como función primaria la atención de la salud mental;
- e) 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;
- f) Por “paciente” se entenderá la persona que recibe atención psiquiátrica; se refiere a toda persona que ingresa en una institución psiquiátrica;
- g) 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;
- h) 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.

Cláusula general de limitación

El ejercicio de los derechos enunciados en los presentes Principios sólo 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

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. 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.

5. 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 sólo 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 revisarán 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.

7. Cuando una corte u otro tribunal competente determine que una persona que padece una enfermedad mental no puede ocuparse de sus propios asuntos, se adoptarán 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

1. La determinación de que una persona padece una enfermedad mental se formulará con arreglo a normas médicas aceptadas internacionalmente.
2. 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.
3. 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 determinante del diagnóstico de enfermedad mental.
4. 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.
5. Ninguna persona o autoridad clasificará a una persona como enferma mental o indicará de otro modo que padece una enfermedad mental salvo para fines di-

rectamente 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

1. Todo paciente tendrá derecho a ser tratado y atendido, en la medida de lo posible, en la comunidad en la que vive.
2. 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.
3. 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.
2. 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.
2. 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.
3. 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, especial-

mente 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.

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

Principio 10

Medicación

1. 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.
2. 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

1. 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.
2. Por consentimiento informado se entiende el consentimiento obtenido li-

bremente 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;
 - b) 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.
3. El paciente podrá solicitar que durante el procedimiento seguido para que dé su consentimiento estén presentes una o más personas de su elección.
 4. 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.
 5. 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.
 6. 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 consen-

- miento informado del paciente cuando concurren las siguientes circunstancias:
- a) Que el paciente, en la época de que se trate, sea un paciente involuntario;
 - b) 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;
 - c) Que la autoridad independiente compruebe que el plan de tratamiento propuesto es el más indicado para atender a las necesidades de salud del paciente.
7. 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.
8. 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 período estrictamente necesario para alcanzar ese propósito.
9. Cuando se haya autorizado cualquier tratamiento sin el consentimiento informado del paciente, se hará no obstante todo lo posible por informar a éste 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.
10. Todo tratamiento deberá registrarse de inmediato en el historial clínico del paciente y se señalará si es voluntario o involuntario.
11. 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 prolongarán 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.

12. Nunca podrá aplicarse la esterilización como tratamiento de la enfermedad mental.
13. 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, sólo se autorizará el procedimiento o la operación después de practicarse un examen independiente.
14. 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 externo independiente compruebe que existe realmente un consentimiento informado y que el tratamiento es el más conveniente para las necesidades de salud del paciente.

15. 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.
16. 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

1. 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.
2. Mientras el paciente no esté en condiciones de comprender dicha información, los derechos del paciente se comunicarán 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.

3. 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

1. 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;
 - c) 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;
 - d) Libertad de religión o creencia.
2. 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:
 - a) Instalaciones para actividades de recreo y esparcimiento;
 - b) Instalaciones educativas;
 - c) Instalaciones para adquirir o recibir artículos esenciales para la vida diaria, el esparcimiento y la comunicación;
 - d) 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.
3. 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.
4. 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

va de la remuneración que la institución psiquiátrica perciba por su trabajo.

Principio 14

Recursos de que deben disponer las instituciones psiquiátricas

1. Las instituciones psiquiátricas dispondrán de los mismos recursos que cualquier otro establecimiento sanitario y, en particular, de:
 - a) 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;
 - b) Equipo de diagnóstico y terapéutico para los pacientes;
 - c) Atención profesional adecuada;
 - d) Tratamiento adecuado, regular y completo, incluido el suministro de medicamentos.
2. Todas las instituciones psiquiátricas serán inspeccionadas por las autoridades competentes con frecuencia suficientes para garantizar que las condiciones, el tratamiento y la atención de los pacientes se conformen a los presentes Principios.

Principio 15

Principios de admisión

1. Cuando una persona necesite tratamiento en una institución psiquiátrica, se hará todo lo posible por evitar una admisión involuntaria.
2. El acceso a una institución psiquiátrica se administrará de la misma forma que

el acceso a cualquier institución por cualquier otra enfermedad.

3. 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

1. 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:
 - a) Que debido a esa enfermedad mental existe un riesgo grave de daño inmediato o inminente para esa persona o para terceros; o
 - b) 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 sólo puede aplicarse si se admite al paciente en una institución psiquiátrica de conformi-

dad 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 tendrán lugar a menos que el segundo profesional convenga en ello.

2. 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 comunicarán sin demora al paciente y la admisión o retención misma, así como sus motivos, se comunicarán 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.
3. 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

1. 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.

2. 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.
3. El órgano de revisión examinará periódicamente los casos de pacientes involuntarios a intervalos razonables especificados por la legislación nacional.
4. 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.
5. 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.
6. 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.

7. 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

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. Se proporcionarán al paciente y a su defensor copias del expediente del paciente y de todo informe o documento 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 prescriba 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.
5. El paciente y su representante personal y defensor tendrán derecho a asistir personalmente a la audiencia y a participar y ser oídos en ella.
6. 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.
7. 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.
8. 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

1. 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.
2. 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

1. 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.
2. Todas estas personas deben recibir la mejor atención disponible en materia de salud mental, según lo estipulado en el principio I 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 I supra.
3. 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.
4. El tratamiento de las personas de las que se determine que padecen una enfermedad mental será en toda circunstancia compatible con el principio II 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

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

2. 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.

Anexo 3: Marco normativo nacional e internacional

Nacional

El marco legal y normativo nacional² relacionado a la salud en general y en particular a lo relativo a la salud mental, se encuentra descrito en los siguientes instrumentos:

- a) la Constitución Nacional de la República del Paraguay. En sus Artículos: 58, 68, 69, 70, 71, 88,
- b) la Ley N°836/80 Código Sanitario. En los Artículos: 8, 10, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 55, 214,
- c) la Ley N°1032/96 del “Sistema Nacional de Salud”,
- d) la Ley 1340/88 “Que reprime el tráfico ilícito de estupefacientes y drogas peligrosas y otros delitos afines y establece medidas de prevención y recuperación de farmacodependientes”,
- e) la Ley N° 3540/08 “Que aprueba la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y el Protocolo Facultativo de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad”,
- f) el Código de la Niñez y la Adolescencia. En los Artículos: 13, 14, 32, 54, 73,
- g) la Ley 1600/00. En el Artículo: 1,
- h) el Decreto N°21376/980 “Nueva Organización funcional”, que reúne la organización funcional del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, en consonancia con los preceptos pertinentes de la Constitución Nacional, y el desarrollo del Sistema Nacional de Salud, la misma desarrolla textualmente el decreto N° 21376 de fecha 5 de junio de 1998.

Así también se tienen en cuenta en el marco regulatorio nacional, los siguientes:

- i) el Código Penal. En los Artículos: 23, 41,
- j) el Código Procesal Penal. En los Artículos: 23, 78, 79, 80, 255.

Los citados más arriba guardan relación a personas imputadas o procesadas por delitos y que sufren de algún trastorno mental o adicción.

- k) el Código Civil. En los Artículos: 37, 40, 89, 1837, 2610, 2672

Los citados más arriba guardan relación a las personas en cuanto a la incapacidad debido a sufrimiento psíquico.

² Compilación Legislativa “Salud Mental y Derechos Humanos”. Dirección de Derechos Humanos de la Corte Suprema de Justicia (DDH) en alianza con la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Asunción, Paraguay. Octubre de 2009.

Otros que reglan las acciones en relación a personas con sufrimiento psíquico en situación de reclusión son:

- l) la Acordada N° 60/97, de la Corte Suprema de Justicia que establece que en caso de prisión preventiva o condena penitenciaria de enfermos mentales, se ordene la reclusión de los mismos en establecimientos especiales para el efecto y que en tanto se creen estos establecimientos, los mismos sean trasladados a un pabellón especial destinado a tal efecto en la Penitenciaría Nacional de Tacumbú.
- m) la Acordada N° 182/00, de la Corte Suprema de Justicia que amplía la acordada 60/97, en relación a los lugares de reclusión de enfermos mentales.

Internacional

En primer lugar los instrumentos vinculantes al SISTEMA DE NACIONES UNIDAS, estos son como sigue:

- a) el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. En los Artículos: 6.1, 7, 9, 12, 14, 17, 19.2, 24, 24.2, 26. (Año: 1966).
- b) el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. En los Artículos: 6, 7, 10, 12, 12.2.a, 13, 15. (Año: 1966).
- c) la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. En los Artículos: 3, 10, 11, 12, 13.c, 15.1, 15.2, 15.4. (Año: 1979).
- d) la Convención sobre los Derechos del Niño. En los Artículos: 2, 6.1, 7.1, 10.2, 13, 16, 17, 19.1, 23, 24, 25, 27, 28, 31.2, 32, 37.a, 37.b, 40.2, (Año: 1989).

- e) la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes. En los Artículos: 1, 2, 4, 13, 16. (Año: 1984).
- f) la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. (Año: 2006).
- g) El Protocolo Facultativo a la Convención de la Naciones Unidas contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes. Firmada y ratificada por el Estado Paraguayo mediante la Ley N° 2.754, del 27 de setiembre del 2005, “Que Aprueba el Protocolo Facultativo de la Convención de las Naciones Unidas contra la Tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes”, en consecuencia con vigencia, quedando pendiente la reglamentación de la misma.

Declaraciones, principios, estándares y lineamientos técnicos:

- a) la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948). En los Artículos: 3, 5, 8, 7, 10, 12, 13, 19, 23, 25.1, 5.2, 26, 27.
- b) la Declaración sobre los Derechos del Retrasado Mental. (Año: 1971)
- c) los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental (conocidos como “Principios de Salud Mental”). (Año: 1991)
- d) las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para Personas con Discapacidad. (Año: 1993)
- e) Observación General 5 del Comité de las Naciones Unidas sobre los Derechos

- Económicos, Sociales y Culturales. (Año: 1994)
- f) Observación General 14 del Comité de las Naciones Unidas sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (Año: 2000)
- g) Guías de la OMS para la Promoción de los Derechos Humanos de las Personas con Sufrimiento psíquico. (Año: 1996)
- h) Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación. (Año: 2005)
- e) Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura. En los Artículos: 6, 7, 8. (Año: 1989)
- Declaraciones, principios, estándares y lineamientos técnicos
- a) la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (Año: 1948)
- b) Declaración de Caracas de la OPS (Año: 1990)
- c) Declaración sobre los derechos del retrasado mental (Año: 1971)
- d) la Recomendación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre la Promoción y Protección de los Derechos de las personas con discapacidad mental (Año: 2001)

El Sistema Interamericano

Los Instrumentos vinculantes para Paraguay se describen más abajo:

- a) la Convención Americana sobre Derechos Humanos. (Año: 1978)
- b) el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador). (Año: 1988)
- c) la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad. En los Artículos: II, III, III 1.a, III.2.a, III.2.b, III.1.a, 2.b, III.2, IV.2. (Año: 1999)
- d) la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. Belem do Pará. En los Artículos: 3, 4, 7, 9. (Fecha: 17/1/1995)
- e) Resolución CD47.RI de la OPS, La discapacidad: Prevención y Rehabilitación en el Contexto del Derecho al Disfrute del Mas Alto Nivel Posible de Salud Física y Mental y Otros Derechos Relacionados (Año: 2006)
- f) Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental. Adoptados por la Asamblea General en su resolución 46/119. (17 de diciembre de 1991)
- g) Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad. (Año: 1993)
- h) Programa de Acción Mundial para los Impedidos. (Año: 1982)

**No hay salud
sin salud mental**



**POLÍTICA NACIONAL
DE SALUD MENTAL**

2011-2020

