DERECHOS DE LOS ENFERMOS MENTALES

Francisco Montero B.

Departamento de Salud Mental, Caja Costarricense de Seguro Social, Apartado 10105 San José, Costa Rica.

RESUMEN

El análisis de los derechos de los enfermos mentales y con él, la perspectiva de una evaluación formal de su cumplimiento, tiene un carácter estratégico en el actual proceso de modernización de la atención psiquiátrica. Por un lado, al ser el medio idóneo e indispensable para la eficaz ejecución de políticas, programas y acciones propuestas. Por otro, debido al aporte sustantivo que compete al derecho en el plano de los principios y valores éticos que deben enmarcar las acciones de prevención, tratamiento y rehabilitación que tengan lugar en el sistema reestructurado de atención psiquiátrica del país.

Palabras clave: salud mental, atención psiquiátrica, Declaración de Caracas, derechos del enfermo mental.

ABSTRACT

The analysis of the rights of the mentally ill and the scrutiny of how they are protected occupy a central place in the ongoing process of modernization of psychiatric care. On the one hand, it represents the means through which policies, programs and proposals are to carried out. On the other hand, the law provides from an ethical and value - based perspective, the framework that guide prevention, treatment and rehabilitation in a restructured national psychiatric care system.

Key words: Mental health, psychiatric care, Caracas Declaration, rights of the mentally ill.

1. Introducción

Diversas observaciones han documentado la existencia de una estrecha relación entre una mayor prevalencia de libertades civiles y políticas, el grado de desarrollo socioeconómico y las condiciones de salud (Looney 1990). En Costa Rica, a pesar de la mejoría en los últimos años de las condiciones de salud y un buen índice de desarrollo humano, el reconocimiento de los derechos de los enfermos mentales es débil.

Los lineamientos sobre derechos de los enfermos mentales esbozados en la Declaración de Caracas. así como los instrumentos jurídicos internacionales entre los que se destacan: las cartas de Naciones Unidas (1945) y de la Organización de Estados Americanos (1948), la Declaración Universal de los Derechos del Hombre (1948). la Convención Interamericana de Derechos Humanos (1969), permiten identificar los ámbitos de aplicación del derecho internacional concerniente a las personas con discapacidad mental atendida en la Caja Costarricense de Seguro Social.

El interés por el cumplimiento de los derechos del enfermo mental tiene dos funciones importantes. La primera, de carácter instrumental, por constituirse en el medio idóneo e indispensable para la eficaz ejecución de políticas, programas y acciones de salud pública, al igual que en la regulación de la actividad en la materia. La segunda, por el aporte sustantivo que compete al derecho en el plano de los principios y valores éticos que

deben enmarcar las acciones de prevención, tratamiento y rehabilitación que tengan lugar en el sistema reestructurado de atención psiquiátrica (González & Levav 1991).

2. Principios y derechos

A los fines de un análisis preliminar de situación y con el objeto de establecer algunas pautas generales para un ulterior ejercicio de evaluación de la aplicación de normas mínimas similar al realizado en otros países (MDRI 1995), se tomará como referencia tanto los "Principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental" (United Nations 1991). como los lineamientos generales y de derechos esbozados en la Declaración de Caracas (Véase anexo 1).

3. Atención en salud mental y psiquiatría de la CCSS.

Tiene como eje principal el hospital psiquiátrico[1]. Se presta atención ambulatoria en clínicas[2] y se dispone de una reducida hospitalización en hospitales regionales[3].

El Hospital Nacional Psiquiátrico (HNP) tiene de manera general dos funciones, el tratamiento de agudos y el tratamiento a largo plazo. Los pacientes de larga estancia reciben un cuidado custodia, medicación psicotrópica y un limitado número de actividades orientadas a su rehabilitación.

El tratamiento basado en el internamiento contribuye con el riesgo de la institucionalización, el desarraigo familiar y social. De los 389 pacientes estudiados por Garita y otros (1996), 311 (79.9%) no tenían contención al egreso. Predominaban los individuos con retardo mental (51.2%). El grupo de pacientes con retardo mental y síndrome cerebral orgánico en su mayoría no tenía un psicodiagnóstico preciso para confirmar su retardo mental. El análisis de la población de larga estancia en el HNP permitió concluir, entre otras, a los profesionales y trabajadores que la condición de permanencia, vida, deterioro y abandono hacen sugerir la existencia de un sistema manicomial (Garita y otros 1996)

Ambos hospitales psiquiátricos: HNP y Hospital Dr. Roberto Chacón Paut albergan poblaciones de larga estancia cuyo principal problema es de tipo socioeconómico. El sistema de salud en general y lo servicios para la atención psiquiátrica adolecen de estrategias y mecanismos explícitos para prestaciones articuladas con otras instituciones que compensen las carencias sociales afectadas por la discapacidad y minusvalía de dichas patologías. A excepción de algunas iniciativas y experiencias aisladas. así como de cursos de capacitación, no se dispone de programas intra y extra hospitalarios de rehabilitación del enfermo mental, las orientaciones de algunas actividades han tenido una base mas próxima a la beneficencia y entretenimiento que a la atención integral del individuo.

4. Medidas de seguridad curativa.

Surgen con la escuela positivista que tomaba en cuenta el determinismo o la existencia de causas que al combinarse producen una conducta particular de la cual no podía liberarse el sujeto. Esta escuela, dio énfasis a la idea de la peligrosidad y la responsabilidad social (Sanabria Rojas 1993).

En la antigüedad dichas normas se traducían a través de la expulsión de los peligrosos de las ciudades o por medio de la mutilación. En 1350, en Inglaterra se les exigía caución de buena conducta a los vagos. Con el Renacimiento, escribe Focault: "la locura ocupa un espacio el cual es simbolizado en la nave de los locos: barcos que navegaban por los ríos de Renania y los canales flamencos, transportaban de una cuidad a otra sus cargamentos insensatos. Las ciudades los expulsaban con gusto de su recinto , se les dejaba recorrer los campos apartados, cuando no se les podía confiar a un grupo de mercaderes o de peregrinos" (Focault 1992).

Con las medidas de seguridad la responsabilidad criminal cede paso a la preferente consideración de la peligrosidad del sujeto, que puede incluso no haberse hecho acreedor a pena alguna por tratarse de un imputable (Rodríguez Devesa 1979).

Las medidas de seguridad curativa en su esquema global, han sido cuestionadas en el país por diferentes sectores: profesionales de salud. Litigantes, docentes. En el plano de la investigación han sido analizados tanto los posibles vicios de inconstitucionalidad de las medidas de seguridad, como los graves problemas que se afrontan en la ejecución de las mismas (Sanabria Rojas 1993).

Los problemas de aplicación de las medidas de seguridad curativa en el campo de la atención psiquiátrica se vinculan fundamentalmente con la atención de los individuos con las mismas en el Hospital Nacional Psiquiátrico. La duración indeterminada de las medidas, así como la lentitud del proceso para la suspensión de la medida ha conllevado a violaciones flagrantes de los derechos por permanencias que han excedido el tiempo establecido, cronificación o deterioro y la consecuente estigmatización. Por otro lado, el internamiento de individuos socio patas, delincuentes que tratan de aparentar problemas psiquiátricos representan un peligro para los enfermos y el personal. La reclusión de estos individuos en el hospital ha conllevado a incrementar las medidas custódiales del mismo y a levantar muros y mallas para la separación.

Otros de los problemas señalados son la carencia de una adecuada incorporación de la familia y la comunidad en el proceso de recuperación externo de los pacientes, no obstante las responsabilidades concretas que impone la legislación en los artículos 104, 404, 405, 406 y 407 del Código Penal. Se presentan también problemas en la labor de la Comisión Mixta de medidas de seguridad, por las dificultades objetivas para la práctica de las evaluaciones, como son la remisión oportuna y las indicaciones precisas de la autoridad judicial (Sanabria Rojas 1993).

5. El internamiento

Los criterios de internamiento voluntario, según normas internas del hospital son de tipo diagnóstico. Los criterios diagnósticos pueden variar entre uno y otro hospital. No se dispone de estándares, procedimientos y protocolos de tratamiento comunes para todos los establecimientos hospitalarios de la CCSS en materia de salud mental y atención psiquiátrica.

Una vez internado el individuo, predomina la discrecionalidad de las autoridades médicas para retener a la persona en la institución. Las “altas” provisionales presentan en el caso de las medidas de seguridad, problemas de tipo administrativo por la inexistencia de regulaciones y disposiciones internas específicas de la CCSS en ese aspecto.

6. Servicios comunitarios de salud mental

A pesar que existe en el país un sólido conocimiento y medios técnicos para el desarrollo de una red de servicios particularmente en el campo de la atención de discapacitados, no existen relaciones formales ni mecanismos explícitos de coordinación con los servicios de salud mental y atención psiquiátrica que brinda la CCSS.

Muchos de los grupos no gubernamentales ONG´s y asociaciones de distintos tipos prestan servicios de atención diurna a discapacitados mentales [4].

Los recursos organizados institucionales (Clínicas, Cooperativas) disponibles para el desarrollo de modelos comunitarios de atención en salud mental y psiquiatría no han sido completamente utilizados.

7. Perspectivas para la reestructuración de la atención psiquiátrica

Las nuevas políticas en salud mental y atención

psiquiátrica esbozadas en las "Bases programáticas para la promoción de la salud mental y atención psiquiátrica" (CCSS 1995), a partir de los objetivos de propuestos en el Decreto Ejecutivo No. 23984-S. el Plan Estratégico Institucional (CCSS 1994), así como en los principios y estrategias enunciadas en el Plan de Reforma del Sector Salud, apuntan a un cambio gradual del modelo de atención y una ruptura del paradigma manicomial y subrayan la necesidad de una transformación en la Conceptualización de la enfermedad mental y su tratamiento. En ese proceso la normativa debe considerar la relación entre enfermedad y la discapacidad. así como la efectiva protección de los derechos de los pacientes. O sea, el paso de un sociedad que ampara medidas de exclusión y marginación a un sociedad responsable por aquellos en estado de necesidad.

8. La implementación de las políticas

La modernización de la atención psiquiátrica no depende exclusivamente de las políticas enunciadas ni tampoco de la adopción de una legislación, sino de la construcción de nuevas formas de atención. Implica la asignación de recursos, la creación de servicios intermedios y una activa gestión social y política tendiente a la transferencia del eje de la atención del hospital psiquiátrico hacia los servicios de salud que dispone el país.

Hasta la fecha, el reciente proceso no ha contado con la transferencia de recursos humanos y financieros para la construcción del modelo alternativo. El soporte social de parte de la CCSS tanto para los enfermos mentales usuarios y habitantes de los hospitales psiquiátricos, como a otros grupos de personas dependientes (deficientes mentales, niños, ancianos con padecimientos psiconeurológicos) es prácticamente inexistente.

La ausencia de modelos alternativos y las garantías necesarias para su implementación ha inducido enfrentamientos y cuestionamientos entre los profesionales y trabajadores. así como en la opinión pública en general.

Entre las medidas administrativas controversiales se destaca el proceso de intervención del Hospital Nacional Psiquiátrico iniciado en julio 1996, en el cual, al objetivo específico de la intervención vinculado con el análisis de los problemas de gestión y deterioro del clima organizacional, se insertan posteriormente acciones para "eficientizar" el hospicio y algunas medidas de humanización.

En el plano de los derechos, estas medidas aisladas de tipo organizacional y administrativo, desarticuladas de otras estrategias tales como, el fortalecimiento de los servicios de psiquiatría en hospitales generales y el desarrollo de servicios alternativos, perpetúan la hegemonía del modelo manicomial y privilegian una vez más el carácter preventivo del encierro coactivo, aceptando como indiscutible el riesgo de cronificación de modelo vigente que impregna al internado del papel estigmatizarte de paciente psiquiátrico.

9. Conclusiones y recomendaciones

El internamiento en hospitales psiquiátricos como oferta predominante de servicios de la CCSS se opone a los principios de salud mental que establecen que todo paciente tendrá derecho a ser tratado y atendido, en la medida de los posible en la comunidad en la que vive. Es necesaria la inclusión de la cobertura psiquiátrica y opciones distintas de medicación y hospitalización en los planes y programas a nivel de las regiones sanitarias.

Los servicios de salud mental y atención psiquiátrica brindados en la CCSS carecen de mecanismos de protección diferenciados para los enfermos mentales, así como de instrumentos especializados extra-hospitalarios para la rehabilitación de los discapacitados mentales.

No hay una responsabilidad formal del sistema en lo concerniente a las cautelas oportunas para garantizar que la voluntad del enfermo se respeta desde su ingreso hasta el alta. Actualmente se adolece de medidas explícitas. entre las que pueden destacarse el derecho a recibir asistencia jurídica, revisión independiente y periódica de la internación . así como aquellas que preserven y faciliten la administración de las bienes del paciente.

La judicatura, ingresa más que autoriza el internamiento, es más un agente represor que cautelar y tutelar de los derechos del individuo. Esta situación debe ser revisada urgentemente. En ese plano, una vez desaparecidas las razones que sustentan el internamiento con fines terapéuticos los profesionales o la institución podría conceder el alta sin necesidad de la intervención del órgano judicial.

Es importante una revisión de la legislación vigente y sobre todo establecer un marco legal que facilite la introducción de garantías para una apropiada transferencia de recursos humanos y financieros a los servicios intermedios y comunitarios esbozados en las políticas y planes institucionales. Los costos de implementación del modelo comunitario disponibles pueden servir de base para la apertura de las primeras experiencias a nivel institucional.

En el campo técnico es necesaria la inclusión de normas sustantivas, criterios de internamiento y procedimientos para la atención de la salud mental y psiquiatría en las distintos niveles de atención , particularmente en los establecimientos hospitalarios periféricos, regionales y nacionales.

La consideración de recursos extrasectoriales prestadores de servicios como las asociaciones de bienestar social y organizaciones no gubernamentales constituyen un potencial para el desarrollo y extensión del programa de salud mental y atención psiquiátrica de la CCSS.

La convocatoria y participación de los trabajadores, usuarios y sociedad en general en el análisis y revisión del marco legal de atención vigente y la sanción de leyes reformadoras legitiman el reclamo de quienes son sujetos de derechos y obligan al compromiso institucional para una verdadera reestructuración de los servicios de salud mental y atención psiquiátrica.

Notas

[1] Hospital Nacional Psiquiátrico (873 camas) ,Hospital Chacón Paut (247 camas).

2. Clínica Carlos Durán; Solón Nuñez; Jiménez Nuñez; Marcial Fallas; Alajuela; Heredia; Hospital Calderón Guardia (atiende urgencias, niños y adolescentes, consulta ambulatoria y hospitalización de adultos); Max Peralta (consulta ambulatoria).

3. Hospitales: Liberia, Nicoya, Monseñor Sanabria, San Ramón, Tony Facio, Guápiles, Escalante Pradilla, Ciudad Neilly, Golfito, William Allen.

4. Sistema Nacional de información y referencia sobre discapacidad. Directorio de organizaciones no gubernamentales. Fundación somos parte del mundo/ Departamento de educación especial MEP / Instituto del niño / Consejo Nacional de Rehabilitación.

Literatura citada

CCSS. (1995). Bases programáticas para la promoción de la salud mental y atención psiquiátrica. Departamento de Salud Mental. Noviembre.

CCSS. (1994). Plan Estratégico Institucional 1994-1998.

Focault M. (1992). Historia de la locura en la época clásica. Breviarios del Fondo de Cultura Económica. Vol. 1. Sexta reimpresión. México.

González R. Levav I. (Eds.). (1991). Reestructuración de la atención psiquiátrica: bases conceptuales y guías para su implementación. OPS. Instituto Mario Negri.

MDRI (*Mental Disability Rigths International*). (1995). Derechos Humanos y salud mental en el Uruguay. Washington, D.C. junio.

Rodríguez Devesa JM. (1979). Derecho Penal español. Gráficas Carasa. Séptima Edición. Madrid.

Sanabria Rojas RA. (1993). Las medidas de seguridad. Corte Suprema de Justicia. Escuela Judicial.

Anexo 1

Derechos del enfermo mental

- - A ser tratado en todo momento con la solicitud, el respeto y la dignidad propias de su condición de persona.

- -A no ser calificado como enfermo mental ni ser objeto de diagnósticos o tratamientos en esa condición, por razones políticas, sociales, raciales, religiosas u otros motivos distintos ajenos l estado de salud mental.

- -A recibir la mejor atención y tratamiento apropiados y menos restrictivos, según las más elevadas normas técnicas y éticas.

- -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.

- -A ser informado sobre su diagnóstico y el tratamiento más adecuado y menos riesgoso y de prestar y revocar su consentimiento para ejecutarlo.

- -A no ser objeto de pruebas clínicas ni de tratamientos experimentales sin su consentimiento informado.

- -A que sus antecedentes personales y fichas e historias clínicas se mantengan en reserva y a tener acceso a esa información.

- -A recibir o rechazar auxilio espiritual o religioso y de libertad de conciencia y religión.

- -A recibir educación y capacitación adecuada a su estado.

- -A trabajar y recibir la remuneración correspondiente.

- -A personalidad civil y a que su incapacidad para ejercer derechos sea determinada por un tribunal a través de un procedimiento establecido por la ley al efecto.

- -A que en caso de ser inculpado por algún delito u otra infracción criminal, su responsabilidad o imputabilidad se determinen por un tribunal de justicia, según las reglas del debido proceso, en un procedimiento que considere el estado de salud con la intervención de profesionales expertos en calidad de peritos.

- -A un recurso eficaz ante un tribunal y mediante un procedimiento simple y expedito fijado por la ley para reclamar toda acción u omisión que desconozca o lesione sus derechos.

- -A no ser discriminado ilegalmente en el goce de sus derechos en atención al estado de salud.