

DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL EN EL SISTEMA DE SALUD DE COSTA RICA



Consejo Nacional de Rehabilitación
y
Educación Especial



INDICE

AGRADECIMIENTO	2
PRESENTACIONES	3
INTRODUCCION	7
DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL EN EL SISTEMA DE SALUD DE COSTA RICA. <i>Dr. René Gonzalez, licenciada Ana Guzmán, master Rodrigo Jiménez y licenciada Guaria Vargas</i>	8
CUADROS SINÓPTICOS DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES, LOS PRINCIPIOS QUE LOS RIGEN Y LAS NORMAS JURÍDICAS QUE LOS PROTEGEN. <i>Master Rodrigo Jiménez y licenciada Guaria Vargas</i>	18
TALLER DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS CON TRASTORNOS EMOCIONALES.	47
RESUMEN DE RESULTADOS DEL ESTUDIO REALIZADO POR LA COMISION AD-HOC (DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL CCSS/HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO) SOBRE EL ANÁLISIS DEL GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DE TRATAMIENTO ELECTROCONVULSIYO (TEC) EN EL HOSPITAL NACIONAL PSIQUIATRICO	62

AGRADECIMIENTO

Deseamos expresar nuestro más profundo agradecimiento al personal de los centros de atención de la Salud Mental y psiquiatría en Costa Rica Hospital Nacional Psiquiátrico, Hospital Chatón Paut, Clínica Bíblica, Casa de Campo, Hospitales Periféricos y Caja Costarricense del Seguro Social. A los funcionarios/as de las organizaciones no gubernamentales y a todos los/las profesionales que nos brindaron sus conocimientos y experiencia.

A quienes han auspiciado y colaborado con el presente trabajo Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, Defensoría de los Habitantes, Programa Pro Derechos Humanos para Centroamérica de la Embajada de Dinamarca y Universidad de Umea, Suecia, Centro Colaborador de la OMS en capacitación e investigación en Salud Mental.

Muy en especial a todos/as las personas que han vivido las experiencias de estar internados/as en los hospitales psiquiátricos y las compartieron con nosotros.

PRESENTACION
Caja Costarricense de Seguro Social
- C. C.S.S. -

El seguimiento de las estrategias adoptadas bajo los principios contenidos en la Declaración de Caracas así como en los objetivos del Decreto Ejecutivo 23984-S que establece la necesidad de modernizar la atención psiquiátrica y salud mental en Costa Rica, se constituyeron en la motivación principal de focalizar la atención en el ámbito de los derechos humanos, como estrategia cardinal en la igualdad de oportunidades y mejoría de la calidad de vida de las personas con enfermedad mental.

Consecuente con lo anterior y con conocimiento de la experiencia evaluativa sobre el cumplimiento de los derechos de los/las enfermos/as mentales en Uruguay por la organización Mental Disability Rights International (MDRI), presentado en la reunión de evaluación de la iniciativa para la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina (Panamá 10 - 14 de junio de 1996), reunión a la que tuve la grata oportunidad de asistir, en la cual solicité oficialmente tanto a los representantes de MDRI como de la Oficina Panamericana de la Salud la consideración y posibilidad de realizar una iniciativa similar en nuestro país.

Concluido el trabajo de campo así como las múltiples reuniones y foros de análisis para la elaboración del informe, quisiera reiterar el honor que constituye para la Caja Costarricense de Seguro Social contar con el apoyo de todas las Instituciones y personas, que han hecho posible el presente informe, el cual marca el comienzo de una estrategia de cambio, que abarca los más distintos grupos profesionales, técnicos, usuarios y familiares, en pro del bienestar de las personas con enfermedad mental.

Doctora Julieta Rodríguez Rojas
Gerente División Médica
Caja Costarricense de Seguro Social

PRESENTACION
Instituto Latinoamericano de Naciones Unidas para la
Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente
- ILANLID -

Desde 1994, el Programa Mujer, Justicia y Género del Instituto Latinoamericano de Naciones Unidas para la Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente ha tratado de visibilizar la problemática de las violaciones de derechos humanos a las mujeres con una discapacidad.

Mediante el desarrollo del Proyecto Mujer y Discapacidad durante 1997 se evidenció las constantes violaciones de los derechos humanos que sufre esta población. Ello permitió la publicación posterior del manual para sensibilizar a funcionarios/as públicas; y de organizaciones no gubernamentales, "Eliminando Barreras Construyendo Oportunidades", instrumento didáctico que ha permitido sensibilizar a más de quinientas personas en el área centroamericana.

Recientemente el Programa Mujer Justicia y Género publicó el libro "Los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad", que viene a incorporar al análisis de los derechos humanos la perspectiva de la propia población con discapacidad.

Con el coauspicio de la Organización Panamericana de la Salud y la Caja Costarricense del Seguro Social de Costa Rica se presenta esta nueva publicación "Los Derechos Humanos de las personas con enfermedad mental en el Sistema de Salud de Costa Rica", trabajo que viene a documentar y relacionar el tratamiento psiquiátrico y el respeto de los derechos humanos. Para ello, consultores/as del Programa Mujer Justicia y Género en conjunto con personal de las instituciones copartícipes diagnosticaron la situación de los derechos humanos en la salud mental costarricense elaborando matrices de análisis con los principales instrumentos internacionales de protección de los derechos humanos,, para diseñar una metodología y realizar un taller con la participación de funcionarios/as gubernamentales y no gubernamentales que asuman el compromiso de realizar cambios profundos con el objeto de fortalecer el respeto por los derechos de esta población.

Rodrigo París Steffens Ph. D.
Director ILANUD

PRESENTACION
Organización Panamericana de la Salud
 - OPS -

La salvaguarda de los derechos humanos de las personas afectadas por trastornos mentales ha sido tema de discusión en diferentes foros y ha formado parte, implícita o explícitamente, de tratados internacionales que se han ocupado del bienestar de las personas discapacitadas. No obstante, en la región de las Américas no se han sancionado instrumentos legales o normas técnicas que aborden, en escala regional, el tema de manera específica. En el ámbito nacional, las iniciativas en este campo son igualmente escasas. En noviembre de 1990 tuvo lugar en la ciudad de Caracas, Venezuela, la Conferencia sobre la Iniciativa para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, IRAPAL, en la que se discutieron en especial los aspectos científico-técnicos de la atención a las personas con trastornos psiquiátricos y sus familias y los relativos a los derechos humanos de estas personas y sus grupos. Ambos enfoques, respaldados por la Organización Panamericana de la Salud, se han constituido en las estrategias fundamentales para la implementación de los principios de la reestructuración de la atención psiquiátrica y se han integrado en el programa de cooperación técnica de la citada organización con los países.

Con el propósito de promover acciones orientadas tanto a asegurar la salvaguarda de los derechos de pacientes y familiares como a garantizar la excelencia técnica de la asistencia provista es necesario hacer un diagnóstico de la situación que revele a usuarios y familiares, profesionales y sociedad en su conjunto, el grado de respeto de los derechos, tanto los atinentes a los aspectos individuales, sociales y culturales como los relativos a la calidad de la atención. Un examen de esta naturaleza, a la vez que pone a prueba la fortaleza de quienes lo llevaron a cabo, constituye un acicate capaz de estimular la conciencia moral de la comunidad. Se utilizó en la recolección de datos un instrumento formulado originalmente por la División de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud al que el Programa de Salud Mental de la OPS hizo modificaciones, para adaptarlo a las características del medio y de la IRAPAL.

El diagnóstico inicial de la situación en Costa Rica fue patrocinado por la Organización Panamericana de la Salud en colaboración con el Instituto de las Naciones Unidas para la Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente y los auspicios de la Caja Costarricense de Seguro Social. Contó con el apoyo técnico y financiero de la Universidad de Umea, Suecia, Centro Colaborador de la OMS en Investigación y Capacitación, en Salud Mental. Sea esta la ocasión para expresar nuestro agradecimiento a las instituciones mencionadas.

El estudio fue llevado a cabo por un equipo de psiquiatra, psicólogo y abogados que, apoyándose en observaciones de campo y en la información suministrada por informantes claves elaboraron el informe con que inicia esta publicación. A todos los participantes, tanto investigadores como instituciones y centros de atención e informantes claves, le expresamos nuestro agradecimiento.

La publicación consta además de una sinopsis de los hallazgos de la investigación analizados a la luz de los Principios de las Naciones Unidas para la Protección de los/las enfermos/as mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, realizada por un equipo de ILANUD. También contiene un informe sobre la práctica de la terapia electroconvulsiva suscrita por un funcionario de la CCSS y un informe de una reunión convocada por el Consejo Nacional de Rehabilitación en la que se examinaron los trabajos mencionados y se formuló un conjunto de recomendaciones. La calidad de los documentos presentados y de las recomendaciones habla por sí sola de la dedicación y esfuerzos invertidos por sus autores. A todos ellos expresamos nuestra gratitud.

Dr. I. Levav
Asesor Regional en Salud Mental
Organización Panamericana de la Salud

INTRODUCCION

El presente informe auspiciado por organizaciones internacionales como la Oficina Panamericana de la Salud, el Instituto Latinoamericano de Naciones Unidas para la Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente (ILANUD) y la Universidad de Umeo, Suecia, es producto del esfuerzo mancomunado de profesionales y trabajadores de los más variados ámbitos en ciencias de la salud, en el campo jurídico, social, usuarios/as de servicios de salud y familiares de enfermos/as mentales de las distintas instituciones, organizaciones y asociaciones a nivel nacional.

El **informe recopila distintas etapas, varias por recorrer** aún, que documentan la crítica situación de muchas enfermos/as mentales, la violación de principios de derechos humanos y en general, el resultado de un modelo de atención y sobre todo de concepción de la enfermedad mental, que trasgrede esos derechos.

El análisis de los derechos de los/las enfermos/as mentales abre una perspectiva para evaluaciones formales futuras y reviste de un carácter estratégico el actual proceso de modernización de la atención psiquiátrica; así como en la incorporación del componente de salud mental y psiquiatría en la atención integral de las personas. Por otra parte, constituye un valioso insumo en el plano de los principios y valores éticos para definir y desarrollar las acciones de carácter preventivo, de tratamiento y rehabilitación en el sistema readecuado de salud del país.

La consideración del presente informe por ella lector/a interesado/a en materia de derechos humanos, incrementa el compromiso impostergable con las personas con enfermedad mental.

Dr. Francisco Montero Barquero
*Director Departamento de Salud Mental
Caja Costarricense de Seguro Social*

DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL EN EL SISTEMA DE SALUD DE COSTA RICA. Dr. René Gonzalez, licenciada Ana Guzmán, master Rodrigo Jiménez y licenciada Guaria Vargas.

El presente informe resume los hallazgos de una investigación sobre el estado de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales, realizada en Costa Rica en el mes de junio de 1997, bajo los auspicios de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Instituto Latinoamericano de Naciones Unidas para la Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente (ILANUD) y la Universidad de Umea, Centro Colaborador de la OMS en Investigación y Capacitación en Salud Mental.

Esta investigación fue precedida por dos acciones singulares que pusieron de manifiesto la situación insatisfactoria en que se encuentran los/las pacientes mentales hospitalizados/as en el país y la falta de goce de los derechos humanos que las/las asisten

En 1995 la Federación Costarricense de Limitados Funcionales y representantes de las organizaciones de personas con discapacidad denunciaron, ante el Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial y ante la Defensoría de los Habitantes, la situación de los/las pacientes hospitalizados/as en los dos hospitales psiquiátricos nacionales señalando, entre otros puntos, que no existen normas claras de internamiento, lo que propicia la violación del derecho a su libertad y a que muchos otros de sus derechos humanos sean violados. También se subrayó que una proporción elevada de los/as internos/as no tenían un trastorno mental activo y permanecían recluidos por razones no médicas, que la seguridad de los/las pacientes no estaba siempre garantizada, que la atención ofrecida no satisfacía las necesidades físicas, psicológicas y sociales de los/las pacientes y la confidencialidad de los expedientes no estaba asegurada.

Ese mismo año la Defensoría de los Habitantes de Costa Rica realizó una investigación preliminar en el Hospital Nacional Psiquiátrico en la que se describieron los rasgos principales de las estructuras del establecimiento y las características de sus funciones. Se constató que si bien las instalaciones físicas eran satisfactorias, los aspectos funcionales de la institución dejaban mucho que desear. Se comprobó la existencia de cuartos de aislamiento con rejas, la escasez del mobiliario y la existencia de servicios sanitarios que, aunque adecuados, no siempre aseguraban la privacidad. En esa ocasión se comprobó que el documento que describe la atención, el Plan Anual Operativo, no contenía suficiente información sobre los derechos de los/as usuarios/as, pacientes y familiares. Tampoco se comprobó la existencia de procedimientos escritos para el manejo de episodios de violencia, ni para atender las quejas. Los/as pacientes no recibían una información completa sobre el servicio ni sobre sus derechos. No se constató la existencia de una programación individual de las actividades de los/las pacientes. El consentimiento informado del/la paciente para su atención no era un procedimiento regular. También se comprobó que el/la paciente no era siempre informado/a de sus progresos y que se hacía uso de la contención física y el confinamiento solitario bajo llave.

El estudio a que hace referencia el presente informe pretende evaluar la situación en escala nacional, tanto de la atención pública como de la privada. Si bien algunos aspectos de la atención han mejorado notablemente, el panorama en esencia es el mismo, habiéndose notado importantes deficiencias tanto en la observación de los derechos humanos de los/las pacientes como en la calidad de atención que reciben.

El trabajo de campo comprendió la visita de cuatro evaluadores/as (abogados/as, psicólogos/as y psiquiatras), a servicios públicos (dos instituciones psiquiátricas y un servicio psiquiátrico en un hospital general) y privados (un establecimiento en el que se hospitalizan pacientes farmacodependientes y algunos/as/as enfermos/as mentales y una clínica general

privada en la que se hospitalizan esporádicamente pacientes mentales). Las visitas a las instituciones fueron complementadas con entrevistas personales con seis informantes claves elegidos/as por su idoneidad, experiencia, interés en el tema y funciones que desempeña (presidenta de la Asociación de Psiquiatras, presidenta del Colegio de Psicólogas, profesora emérita de psiquiatría, abogada de la Defensoría de los Habitantes, enfermera psiquiátrica con amplia experiencia en los campos docente y de servicios. psiquiatra con práctica privada y directivo de una Asociación de Usuarios).

Las visitas a las instituciones psiquiátricas públicas comprendieron entrevistas con directoras y jefes/as de servicios y departamentos de dos hospitales psiquiátricos/as y de servicio psiquiátrico en un hospital general. Además, se visitaron las diferentes salas (admisión emergencia, salas de cuidados inmediatos, salas de agudos, de crónicos, etc.) y se realizaron reuniones con el personal de planta, casi siempre en ausencia de supervisores/as o personas mayor jerarquía. También se llevaron a cabo conversaciones informales con algunos/as pacientes. La mayor parte de las entrevistas con los/las informantes clave se realizaron en sus despachos o consultorios. En forma semejante se procedió con la evaluación de las instituciones privadas. A falta de hospitales psiquiátricos/as privados se visitó un sanatorio privado que atiende pacientes psiquiátricos/as y fármacodependientes y una clínica-hospital en la que ocasionalmente se hospitalizan pacientes psiquiátricos/as. También se entrevistaron informantes clave que aportaron información sobre la práctica privada.

Para lo anterior se utilizó como guía un cuestionario elaborado por la OPS al que, de carácter experimental, se le introdujeron algunas modificaciones, producto de las observaciones y experiencias ganadas en el curso del ejercicio.

El presente resumen no agota el caudal de información recogida en el ejercicio. Una idea más completa de la situación podrá obtenerse mediante la lectura del material anexo que comprende las observaciones y notas de los/las evaluadores/as, las notas de campo y los documentos suministrados por las diferentes instituciones visitadas.

El sistema de atención psiquiátrica en Costa Rica

La Seguridad Social en Costa Rica (Caja Costarricense de Seguro Social, CCSS) contempla la cobertura universal, lo que implica que toda la población, tanto contribuyente como no contribuyente está, en teoría, cubierta por el sistema de servicios de salud y, dentro de él, por los servicios de atención psiquiátrica. No obstante, una fracción minoritaria de la población, la de mayor poder económico, utiliza los servicios psiquiátricos/as privados.

Los gastos de la atención psiquiátrica en el país están concentrados en los dos hospitales psiquiátricos/as nacionales y en un servicio psiquiátrico en un hospital general, que consumen 3,5 % del presupuesto de salud de la CCSS. En los últimos años se ha observado un movimiento hacia la desconcentración de los servicios generales de salud, que, sin embargo, ha alcanzado sólo en escasa medida a los servicios de hospitalización psiquiátrica. No obstante, se han destacado psiquiatras en las siete regiones sanitarias en que **se divide el país, que proveen** atención ambulatoria y servicios de interconsulta a la red de servicios primarios que cubre a la población. Por otra parte, los hospitales psiquiátricos/as y los servicios psiquiátricos/as en 5 hospitales generales en el Hospital de Niños y en cinco centros de salud del área metropolitana, proveen atención ambulatoria. Pero en la práctica, puede decirse que las **alternativas ofrecidas a la atención psiquiátrica** institucional son pocas. Los servicios prestados a los/as pacientes son fundamentalmente de naturaleza clínica, casi siempre bajo la forma de farmacoterapia, brindándose en mucho menor proporción psicoterapia de grupo y muy excepcionalmente psicoterapia individual.

Lo anterior contrasta con la práctica privada en donde, si bien también prevalece la farmacoterapia, las psicoterapias son administradas con mayor frecuencia. La mayor parte de la población del país tiene acceso a atención psiquiátrica especializada, con excepción de la que vive en regiones remotas o de difícil acceso.

Marco legal de la atención psiquiátrica

La Constitución Política de Costa Rica garantiza el ejercicio y protección, para todos los ciudadanos, de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales. El artículo dos de la Ley de Jurisdicción Constitucional equipara jerárquicamente a los Tratados de Derechos Humanos suscritos por Costa Rica con las normas constitucionales.

Es así como los/las pacientes con trastornos emocionales gozan de todos los derechos reconocidos por los principales instrumentos de protección de los derechos humanos, como la Convención Americana de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, etc.

A su vez, preocupado por la especificidad de la población con discapacidad y, por ende, de la población con trastornos emocionales, el Gobierno de la República suscribe la Ley 7600, de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad. En esta legislación participaron diversas instancias, como la Defensoría de los Habitantes, el Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, organizaciones de personas con discapacidad y especialistas en psiquiatría.

La Ley parte de la igualdad de oportunidades, enfatizando puntos tales como la accesibilidad al trabajo, a la educación, a los servicios de salud y rehabilitación, al espacio físico, a los medios de transporte y a la cultura, deporte y la recreación.

En el artículo 10 de la ley se prescribe claramente el deber de la Procuraduría General de la República de solicitar de oficio la curatela para las personas con discapacidad en estado de abandono de hecho. También refuerza dicho artículo el disfrute de la vida familiar y, en caso de que esto no fuese posible, el derecho a vivir con dignidad en ambientes no segregados.

También obliga al Ministerio de Educación a ofrecer servicios educativos en casos de períodos de hospitalización o convalecencia, garantizando así el acceso a la educación de los/las pacientes con trastornos emocionales. El artículo 25 hace referencia a la capacitación prioritaria de las personas con discapacidad mayores de 18 años que, como consecuencia de su incapacidad, no hayan tenido acceso a la educación. Al igual, establece la obligación del Ministerio del Trabajo de garantizar el derecho a un empleo adecuado.

En relación a los servicios de rehabilitación de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y del Instituto Nacional de Seguros, se establece que deberán ofrecerse en todas las regiones, mediante servicios ambulatorios y a domicilio, prestados en forma oportuna. Los centros de salud deberán establecer normas para usuarios/as y familiares, dirigidas específicamente a promover y facilitar el proceso de rehabilitación, garantizando las medidas de seguridad, comodidad y privacidad que los/las usuarios/as requieran.

La misma ley reforma diversos cuerpos legales como el Código Penal, ampliando las opciones de medidas curativas por razones de seguridad, que podrán administrarse en un hospital psiquiátrico, en un establecimiento de tratamiento especial educativo o como parte de un tratamiento psiquiátrico. También modifica al código Procesal Civil, obligando a la Procuraduría General de la República a pedir la remoción o nombramiento de una curadora.

La ley General de Salud reforma el internamiento no voluntario. Cuando éste ocurra, el/la director/a del centro deberá informar inmediatamente al Juzgado de Familia para la tramitación de la curatela. Queda prohibido el mantenimiento de la hospitalización involuntaria de los/las pacientes que no lo estén por medidas de seguridad curativa; dichos pacientes podrán salir de la institución a petición propia. Se otorga el derecho a que se le brinde atención médica a los/las familiares de personas con trastornos emocionales. Por último, el Código Civil prohíbe la publicación de imágenes estereotipadas que refuercen actitudes discriminatorias.

La ley de Igualdad de Oportunidades se encuentra vigente desde el dos de mayo de 1996. Cuenta con disposiciones transitorias dando plazo de siete años a las instituciones estatales para su plena aplicación. En la actualidad se está realizando su reglamentación.

Es importante recalcar que como pautas orientadoras para la garantía de los derechos humanos de los/las pacientes psiquiátricos/as se cuenta con las Normas Uniformes sobre Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, de las Naciones Unidas y las Normas de Protección de los/as Enfermos/as Mentales y el Mejoramiento de la Salud Mental, que son importantes instrumentos para la creación de normas jurídicas específicas.

Derechos humanos de los/as pacientes mentales

Los instrumentos legales internacionales que sancionan los derechos humanos de los/las pacientes mentales son poco conocidos en el país y han tenido muy poca difusión. Si bien los/las dirigentes de salud y algunos/as líderes de organizaciones de usuarios/as y familiares los conocen, la mayoría del personal asistencial y los/las pacientes apenas tienen noticias de ellas. Sólo ha sido recientemente, con la promulgación de la Ley 7600 (Ley de Igualdad de Oportunidades) y la aprobación del "Reglamento del Seguro de Salud" de la CCSS, que los/as psiquiatras del país que trabajan en el sistema público han demostrado un mayor interés en los documentos relativos a los derechos humanos de los/las pacientes. Un hecho demostrativo de la relativa baja prioridad asignada a los derechos humanos de las personas con enfermedad mental (PEM) es que ninguna de las asociaciones profesionales relacionadas con la atención de estos/as pacientes (asociaciones de psiquiatras, psicólogos/as, enfermeros/as, trabajadores/as sociales y terapeutas ocupacionales) ha constituido una comisión para velar por esos derechos o ha puesto el tema en la agenda de sus reuniones científicas.

No existe en el país un organismo oficial que vele y fiscalice específicamente el respecto de los derechos humanos de los/as enfermos/as mentales y de sus familias. La Defensoría de los Habitantes se ha distinguido por su interés en abogar y defender esos derechos. No obstante, sus acciones se han limitado a gestiones puntuales en relación con situaciones individuales.

Los documentos sobre derechos de los/as pacientes no han sido distribuidos ampliamente entre el personal técnico y administrativo, pacientes, familiares y público general. Tampoco se encuentran en las bibliotecas de las instituciones ni han llegado a los medios de comunicación social. Su disseminación en el personal asistencial tanto del sector público como del privado es escasa o nula de suerte que los/as enfermeros/as, que supuestamente deberían informar a los/as pacientes de sus derechos, a la hora de hacerlo les recitan lo que su sentido común les dicta. Generalmente mencionan el derecho a recibir tratamiento, a conocer el diagnóstico, a recibir alimentación adecuada y a ser tratado/a con respeto, pasando por alto otros derechos fundamentales. El personal no ha recibido capacitación en este campo, salvo ocasionales charlas sin seguimiento ulterior.

Los derechos al consentimiento informado, a no ser confinado en celdas de aislamiento, a disponer de un espacio propio, a vestirse en forma digna, a ser tratado/a con la debida consideración a su dignidad, a gozar de privacidad, a ser protegido/a de abuso sexual, físico o psicológico, etc., son, entre otros, violados, muchas veces en forma no intencional, como

consecuencia de prácticas y rutinas prevalentes en las instituciones psiquiátricas desde tiempo inmemorial. Otros, como el derecho a leer la historia clínica propia, a rechazar ciertos procedimientos diagnósticos y terapéuticos y a ejercer la sexualidad, son cuestionados con base en razones de orden clínico o de naturaleza práctica.

Tanto en los establecimientos públicos como privados se requiere que los/las pacientes admitidos/as o sus familiares firmen un formulario autorizando los procedimientos diagnósticos o terapéuticos necesarios, sin que esto se acompañe de una información por escrito pormenorizado del carácter y riesgo de las intervenciones. Las explicaciones verbales generalmente se le dan a la familia, frecuentemente después de la hospitalización. En los consultorios externos tampoco es práctica habitual obtener la autorización informada de los/las usuarios/las. Un caso que merece resaltarse es la práctica de la terapia electroconvulsiva en uno de los hospitales públicos, donde basta para administrarlo el consentimiento general firmado al ingreso y aun en casos en que la familia y el paciente se opongan, el procedimiento se aplica si el/la psiquiatra considera que hay peligro inminente de suicidio.

En uno de los hospitales psiquiátricos/as se practica la esterilización (en su mayoría de mujeres) con autorización de la familia o del Patronato Nacional de la Infancia, si es un menor de edad, y la aprobación de un Comité de Esterilización. Esta práctica ha sido motivo de una denuncia acerca de su legalidad, que está siendo considerada por las autoridades competentes.

Mecanismos de internación

El ingreso de los/las pacientes en las instituciones psiquiátricas se realiza según tres modalidades

internación voluntaria. Generalmente propiciada por los familiares del/a paciente y en la que ésta accede de buen grado a ser internada o solicita espontáneamente la internación. No se requiere certificación externa de enfermedad mental y basta con que el/la psiquiatra de turno indique la hospitalización. En los centros psiquiátricos/as del país no existen procedimientos escritos para esta modalidad de internación.

Internación ~ involuntaria judicial. Es la ordenada por un/a jueza, por medidas de seguridad curativa o cuando una reclusa en una institución penal desarrolla un cuadro psiquiátrico que requiere tratamiento. El procedimiento está establecido en el Código Procesal Civil y en el Código Penal.

Internación involuntaria no judicial. Es la modalidad más común de internación en el mayor hospital psiquiátrico del país. El/la paciente, traída por la policía o sus allegados, es hospitalizado/a por orden del/la psiquiatra de turno, sin que sea necesario otro requisito que la firma de un formulario por el/la familiar, cuando ésta está presente.

En el informe de la Procuraduría de los Habitantes mencionado al inicio se declara: "La Ley General de Salud se refiere específicamente a la internación voluntaria y no voluntaria de pacientes mentales, obligando al/a director/a del establecimiento a comunicar los ingresos no voluntarios a la Corte Suprema de Justicia, de conformidad con las disposiciones reglamentarias pertinentes, que no se dictaron nunca".

En la reforma a la Ley General de Salud se establece que la denuncia citada antes debe ser hecha ante el juzgado de familia de la jurisdicción pertinente. También establece que la salida de los/las pacientes no internados/las voluntariamente se hará "de acuerdo con las disposiciones reglamentarias pertinentes, por egreso médico o por alta exigida a petición del/a paciente o de sus familiares, cuando la salida no involucre peligro para la salud o la vida de pacientes o de terceros. Pero el caso es que no se ha elaborado aún un reglamento que rija la salida de los/las pacientes no judiciales cuya admisión a la institución había sido no voluntaria.

Revisión periódica de la situación de los pacientes hospitalizados

Sólo en el caso de los/las pacientes hospitalizados «por medidas de seguridad curativa» está prescrita la revisión periódica de su situación por un comité mixto constituido por el/la juez/a ejecutoria y personal técnico del hospital. No obstante, el comité casi nunca se reúne y en la práctica las revisiones se hacen raramente de tal forma que pueden pasar años antes que se revise la situación de un/a paciente judicial determinado/a. En el caso de las hospitalizaciones no judiciales la revisión de la situación de los/las pacientes difiere según se trate de pacientes agudos/as o crónicos/as. Los/las primeros/as son revisados/as frecuentemente, generalmente varias veces a la semana, con miras a su rápida salida. Es de notar que las revisiones son realizadas casi siempre por el/la psiquiatra, a veces junto con el/la psicólogo/a y casi nunca por un equipo técnico completo. Lo mismo ocurre con los/las pacientes crónicos/as, que en algunos centros son revisados/as a intervalos muy largos y en otros hasta una vez al mes. Pero su examen es siempre realizado por el/la psiquiatra o el médico general, centrándose en la condición clínica. No hay trabajo de equipo y la condición social del/a paciente casi nunca es discutida en grupo, pese a la condición de "paciente social" de la mayoría de estos/as internados/as. Sólo recientemente se ha elaborado un programa de revisiones periódicas de los/las pacientes crónicos/as, orientada a promover su colocación fuera del medio hospitalario.

Calidad de la atención

El derecho a recibir atención apropiada es reconocido por directivos y personal técnico y administrativo de todos los centros visitados. Sin embargo, en ninguno de ellos existen normas escritas de control de calidad, quedando a criterio de los/las proveedores/as de servicios establecer qué es lo aceptable y qué es lo rechazable en la práctica de la atención.

A pesar de que en teoría el/la paciente mental debería ser tratado/a en equipo, en la práctica esto no sucede.

En general las decisiones terapéuticas son **tomadas exclusivamente** por el/la psiquiatra, en ocasiones asistido/a por un/a psicólogo/a. La práctica del trabajo en equipo, tanto en el sector público, como en el privado, queda librada a la iniciativa del/la psiquiatra del servicio. Esta situación priva al/a paciente de gozar de un abordaje terapéutico más integral.

La contención física por medio de ataduras del/a paciente a la cama o camilla es procedimiento habitual en las instituciones públicas, aunque ordinariamente no por períodos prolongados. Igualmente es práctica observada en los hospitales el confinamiento solitario del/a paciente, bajo llave, en cuartos o celdas de aislamiento, casi nunca provistas de cama u otro mobiliario. En un centro el aislamiento puede prolongarse hasta por tres días.

Las actividades de terapia ocupacional no están dirigidas por terapeutas ocupacionales profesionales en ningún centro psiquiátrico, público o privado, del país. Sólo uno de los hospitales posee talleres de terapia ocupacional propiamente dichos, pero la mayoría del equipo es muy antiguo o está dañado. Allí asiste sólo un 30% de la población hospitalaria, que está constituida por crónicos/as en su mayoría. Las mujeres, que no tienen acceso a todas las actividades, asisten a los talleres en una proporción mucho menor que los hombres.

Salvo una institución particular, ningún otro de los centros psiquiátricos/as, públicos o privados, tiene un programa de rehabilitación. Ninguno de los hospitales que albergan crónicos/as provee actividades que preparen para la autonomía personal o capaciten en destrezas que permitan al/la paciente a desenvolverse exitosamente en la comunidad. En un hospital de crónicos/as recién se inician actividades de ese tipo mediante la provisión de ambientes hogareños y visita diaria a la comunidad.

En ninguno de los casos que albean pacientes con discapacidades neurológicas y otros impedimentos físicos disponen de servicios de fisioterapia ni **proveen facilidades para su desplazamiento.**

En ninguna de las instituciones visitadas hay un sistema que asegura efectivamente la confidencialidad del expediente clínico.

Las familias de los pacientes reciben poco o ningún apoyo por parte de las instituciones, salvo el ocasional pago de pasajes y la subvención de la CCSS para los entierros. El apoyo psicológico se reduce a ocasionales entrevistas con los enfermeros/as y mucho más raramente con los médicos.

Excepcionalmente se han conformado grupos de discusión y consejo psicológico por iniciativa personal de un enfermero/a o de un médico, pero no como parte de la política institucional. En el país se han formado asociaciones de usuarios y expacientes que empiezan a tomar conciencia de sus derechos y a desarrollar actividades de ayuda mutua, inclusive la organización de un centro asistencial.

Respecto a la dignidad de los pacientes

En general, la opinión expresada por los entrevistados es que el personal procura dar un trato respetuoso a los pacientes, habiendo disminuido notablemente las instancias en que los pacientes eran llamados con apodosos y se les trataba en forma despectiva o francamente hostil. No obstante, y a pesar de las medidas administrativas adoptadas, ocurren situaciones de ese tipo. Más frecuentemente es la actitud paternalista y a veces solapadamente peyorativa.

Abusos sexuales, físicos y psicológicos

En todos los centros visitados aseguraron que se han tomado medidas extremas para prevenir esta clase de atropellos, castigándose con medidas administrativas y hasta el despido a los empleados/as encontrados/as culpables: En algunos centros se admitió que ocurren esporádicamente casos de abuso. Sólo fue posible comprobar un caso en que un funcionario haya sido llevado a los tribunales de justicia, acusado de abuso sexual a una paciente. Por otra parte, se informó que es frecuente el abuso entre pacientes, inclusive los ataques homosexuales. Es de notar que no hay políticas claras respecto a los derechos de los/las pacientes en relación con su sexualidad.

La vestimenta obligatoria en una de las instituciones públicas es un pijama azul, con el nombre de la institución, lo que identifica a la persona como paciente mental y favorece la estigmatización. En los otros dos centros visitados, también se usan los pijamas (sin letreros) pero se les permite a todos los pacientes usar ropa ordinaria si disponen de ella. En dos hospitales psiquiátricos/as es habitual ver pacientes descalzos/as.

Instalaciones físicas

Los hospitales públicos poseen amplios espacios abiertos. No obstante, el espacio de los dormitorios es reducido (4 a 7 metros cuadrados por paciente), pudiendo hablarse de hacinamiento, aunque todos los pacientes disponen de cama con colchón y frazada. No hay sitio individual ni gabinete donde se puedan guardar las pertenencias personales. Los comedores son inhóspitos y la comida es servida en bandejas sin cubiertos completos. No hay sitios especiales donde recibir las visitas. Los baños y servicios sanitarios en general son limpios, pero no aseguran la privacidad. Los lugares de recreación son escasos y los pacientes hacen uso

limitado de las pocas instalaciones deportivas que existen. Estas limitaciones no existen en los centros privados.

Tanto en los centros privados como en los públicos la seguridad física de los/las pacientes en casos de emergencia es insatisfactoria. Sólo en algunos ambientes hay salidas de emergencia (y éstas permanecen bajo llave), extinguidores de incendio en número y lugar adecuados o escaleras de incendio, etc. Tampoco se practican ejercicios de evacuación de los locales y conductas recomendadas en casos de sismo.

Críticas y quejas

Las instituciones de la CCSS tienen una oficina especial, la "subcontraloría de servicios", ante la cual pacientes y familiares pueden formular críticas y elevar quejas. Existe un procedimiento administrativo para dar curso a los reclamos, hacer la investigación del caso y proponer las soluciones pertinentes. Si el reclamo no es resuelto a satisfacción, la persona puede apelar a la dirección médica.

Es de notar que si bien los/las pacientes pueden formular quejas, para que a éstas se les de curso es menester la autorización del/la psiquiatra del servicio respectivo.

Situación general de los derechos humanos de los/las pacientes

Si se compara la situación detallada en este informe con la observada hace dos años por la Federación Costarricense de Limitados Funcionales y la Defensoría de los Habitantes, se comprueba que se han hecho avances substanciales. No obstante, la conclusión general a que llegaron los/as evaluadores es que el grado de respeto a los derechos humanos de las personas afectas por trastornos mentales es aún bajo. Prevalece la ignorancia de esos derechos y el apego en los medios asistenciales a numerosas prácticas que los violan. Es menester que los documentos internacionales que recogen esos derechos sean respaldados por legislación nacional que induzca a los prestadores de servicio y público en general a su estricto cumplimiento. Al mismo tiempo, se deben emprender acciones educativas que divulguen los derechos y capaciten al personal a velar por su resguardo. Lo que es más importante, se deben iniciar acciones orientadas a erradicar el estigma de que es víctima ella enfermo/a mental, fuente de todas las iniquidades que lo afligen.

La Protección de los/las enfermos/as mentales y el Mejoramiento de la Atención de la salud mental

Son pautas de comportamiento de los Estados, dirigidos a humanizar los servicios de Atención de Salud Mental. Contempla normas dirigidas a proteger los Derechos Humanos en la atención a la salud mental de las tres generaciones de derechos, enfatizando en la libertad, capacidad y el derecho a la salud.

La Asan>blss General

Consciente de las disposiciones de la Declaración Universal de Derechos Humanos (8), el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (36), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (36) y otros instrumentos pertinentes, tales como la Declaración de los Derechos Humanos de los Impedidos (142) y el Conjunto de Principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o privación (143).

Recordando su resolución 33/53, de 14 de diciembre de 1978, en la que pidió a la Comisión de Derechos Humanos que instara a la Subcomisión de Prevención de Discriminación y Protección a las Minorías a que realizara con carácter prioritaria un estudio de la cuestión de la protección de las personas detenidas a título de mala salud mental, con miras a formular directrices,

Recordando también su resolución 4592, de 14 de diciembre de 1990, en la que celebró los progresos realizados por el grupo de trabajo y decidió transmitirlo a la Asamblea General, junto con el informe del grupo de trabajo, por conducto del Consejo Económico y Social, Tomando nota también de la resolución 1991/29 del Consejo Económico y Social, de 31 de mayo de 1991, en la que el Consejo decidió presentar ala Asamblea General el proyecto de conjunta de principios y el irme del grupo de trabajo,

Tomando nota además de las recomendaciones formuladas por la Comisión de Derechos Humanos en su resolución 1991/46 y por el Consejo Económico y Social en su resolución 1991/29 de que, tras la adopción del proyecto de conjunto de principios por la Asamblea General, se diera al texto completo la más amplia difusión posible y que al mismo tiempo se publicara la introducción del proyecto de conjunto de principios como documento adjunto para referencia de los gobiernos y del público en general.

Tomando nota de la nota de! Secretario General (144), en la que figura como anexo el proyecto de conjunto de principios y la introducción a dicho conjunto de principios,

1. Aprueba los Principios para la protección de los/las enfermos/as mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental, cuyo texto figura en el anexo de la presente resolución ;
2. Pide al Secretario General que incluya el texto de los Principios, junto con la introducción, en la próxima edición de Derechos Humanos: Recopilación de instrumentos internacionales;
3. Pide al Secretario General que dé a los Principios la más amplia difusión posible y que procure que al mismo tiempo se publique la introducción como documento adjunto fiara referencia a los gobiernos y del público en general.

75a. sesión plenaria
17 de diciembre de 1991

Anexo Principios para la protección de los/las enfermos/as mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental (33)

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 (1)

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
- c) prescrita por la legislación nacional ; Por "atención de la salud mental» se entenderá el análisis y diagnóstico del estado de salud mental de una persona, y el tratamiento, el cuidado y las medidas de rehabilitación 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 "paciente" se entenderá la persona que recibe atención psiquiátrica; se refiere a toda persona que ingresa en una institución psiquiátrica;
- f) Por "representante personal" se entenderá la persona a quien la ley confiere el deber de representar las 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.
- g) 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 mora públicos o de los derechos y libertades fundamentales de terceros.

Cuadros Sinópticos de los Derechos Humanos de las Personas con Enfermedades Mentales, los Principios que los rigen y las Normas Jurídicas que los Protegen. Master Rodrigo Jiménez y licenciada Guaria Vargas

NORMAS DE NACIONES UNIDAS 3-E LA PROTECCION DE LOSMS ENFERMOS/A\$ MENTALES Y EL MEJORAMIENTO DE LA ATENCION DE LA SALUD MENTAL Prlwo 1 rke>fdnd- y derechos básicos	DERECHOS CONTEMPLADOS	NORMAS JURIDICAS QUE PROTEGEN EL DERECHO	COMENTARIO
1. Todas las personas tienen derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental, que será parte del sistema de esencia sanitaria y social.	Derecho de la Salud	<p>Constitución Política</p> <p>Tratados Internacionales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Declaración Universal de los Derechos Humanos art. 25 • Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales art. 12 • Convención de Derechos del Niño art. 24 • Declaración de los Derechos del Retrasado Mental art. 2 • Declaración de los Derechos de los Impedidos art. 6 • Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos art. 14, 33 • Normas Uniformes para la Equiparación de Oportunidades de las Personas con Discapacidad art. 2 • Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales art. 10. • Declaración de Caracas Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica <p>Legislación interna</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ley General de Salud • Ley 7600 art. 31, 32 y 33 	<ul style="list-style-type: none"> • No se cumple con el decreto 23984 que testa a los Hospitales del país a destinar camas para salud mental. Esto trae como consecuencia que sectores de la población tengan que desplazarse al área metropolitana, no reciban el servicio requerido o b reciban en forma deficiente poca posibilidad de atención médica no institucionalizada. Existe una tendencia cultural generalizada de la atención a la salud mental en régimen de internamiento. Los servicios de atención son predominantemente de naturaleza biológica. i • Los programas de atención y orientación a la familia son escasos y no permanentes. El apoyo que se brinda para mejorar la salud mental del núcleo familiar es limitado. La revisión periódica, sistemática e interdisciplinaria de los casos no es procedimiento de rutina. Las revisiones de los tratamientos y expedientes están en muchos casos limitadas a la realizada por el psiquiatra, sin que exista una evaluación interdisciplinaria. La utilización de psicofármacos en los servicios de salud se ve limitada por los problemas de cobertura y accesibilidad de la población y por las presentadas por la inadecuada identificación de la población afectada

2. Todas las personas que padecan 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 padecan una enfermedad mental, o que estén siendo atendidas por esa causa, económicamente 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 padecan 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

Garantías Individuales y Sociales de Derechos Humanos de la Ley General de Salud Ley 7600

Declaración Universal de los Derechos Humanos se le ofrece a los/las pacientes que realizan trabajos es insignificante y no esfuerzo, debiéndoseles remunerar informe al salario mínimo y de ley.

Convención de Derechos Humanos art. 19 refleja su Convención contra la Tortura y otros Tratos Cruel, Inhumanos y Degradantes

Declaración del Retrasado Mental Existen agresiones entre parientes. No existen políticas claras en los centros de salud que garanticen la integridad física y sexual de toallas

- Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre Art. 1 La terapia electroconvulsiva y algunas prácticas de los parientes podrían representar un riesgo a la integridad física. Si bien la TEC está la Interamericana para su prevención, sanción y como su divulgación y control
- También se recomienda divulgar los riesgos y beneficios de los diferentes tratamientos que se administran en las instituciones.

Política art. Las personas con trastornos mentales son discriminadas no sólo en el sistema de atención de la salud, sino en la familia y la comunidad. En el sistema se le violan una serie de derechos partiendo de la inexistencia de la capacidad. Algunas de estas violaciones están Formas

Constitución Política art. Las personas con trastornos mentales son discriminadas no sólo en el sistema de atención de la salud, sino en la familia y la comunidad. En el sistema se le violan una serie de derechos partiendo de la inexistencia de la capacidad. Algunas de estas violaciones están Formas

contra la Mujer la Declaración de Derechos de los Retrasados Mentales art. 1 los talleres de terapia ocupacional, reciben con más frecuencia terapia electroconvulsiva y son esterilizadas en una mayor proporción que los hombres. Los niños y adolescentes no cuentan con programas de equiparación de especiales. En las instituciones psiquiátricas se perpetúan los roles de género tradicionales que dificultan la

Adicional a la familiar. En algunos/as casos
 Convención Americana
 hay mercares que conviven sobre Derechos Humanos con adultos/as, violando así en Materia de Derechos principios internacionales de Económicos, Sociales y atención. En la comunidad Culturales; art. 3
 es común observarla carencia de apoyo y el rechazo dalla paciente. En la familia es frecuente el abandono- Todo esto responde a tos esquemas culturales, predominantes. En un hospital las mujeres lavan y aplandran la ropa de algunasJas pacientes del género masa-
 Los **silo** derechos de las personas hospitalizadas con trastornos emocionales no son protegidos adecuadamente, siendo en ocasiones objeta de violaciones:

5. Todas las personas que Derechos Civiles, Políticos, persoho Con- -- # **ESOS** Civiles: l- padezcan cara enfermedad Económicos, Sociales y . Garantías Individuales y . Garantías Sociales . Garantías Sociales . Tra- htemacionales . Declaración Universal de Derechos Humanos . Pacto Internacional de Derechos Humanos . Pacto Internacional de Derechos Económicos Soáales y Crddmales . Pacto Interna- j de Derechos Civties y Políticos . Declaración de los Derechos de los Impedidos, . Convención Americana de Derechos Humanos
 mental están faad(acias para Culturales ejercer todos los derechos d-, políticos, económicos, Y les reconocidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos (8), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Soáales y Culturales (2V3), el Pacto Internacional de Derechos CivMes y Políticos (Z6) y otros Pees, tales como la Declaración de los Derechos de los falta de de Prindpios para protección de todas las personas sometidas a

Libertad: el internamiento cerio deba paciente en mudos ceros máde en su credo a la libertad. Las autoridades de los centros de internamiento no cumplen con la disposición de informar inmediatamente a los Juzgadte de Familia los casos de ingresos no voluntario. En los casos de pacientes hospitalizados/as por medidas de seguridad, se les mantiene internadoslas por un tiempo mayor de b necesario, Impedidos (142) y el Conjuntomoso del ~ debido a la

cualquier forma de detención o prisión (t43).

2a-i proceso. da tránsito loslas pacientes no pueden

gde la institución por su propia voluntad. El criterio médico prevalece sin ningún tipo de control jurisdiccional.

3- De- a la privacidad: loslas pacientes no cuentan con espacios privados, los dormitorios son compartidos, y los baños frecuentemente son abiertos. No existen instalaciones especiales para recibir privadamente a loslas familiares. Loslas pacientes no disponen de espacios individuales donde guardar sus pertenencias. El manejo de los expedientes no garantiza la confidenáalidad: su custodia esté en manos de mudos/as funcionarioslas de las instituciones y de helo se han presentado denuncias de expedientes que se han dado a conocer ala luz publica. Las condiciones de las

			<p>responsable de la sexualidad en pec- con capacidad de hacxrló.</p> <p>4-Libetlad de poción: Este derecho se encuentra limitado ya que el trámite de ayer queja por parte deUa Pa-He debe ser autorizado previamente por un médico del servicio.</p> <p>B.Iggtaidad ande la ley: los/as pacientes no cuentan con una verdadera capa«ded jurídica al no estar cedulados, estar su capacidad disminuida por las circunstancias de su internamiento y no haberse tramitado su curatela.</p> <p>8-Debido proceo: No existen pros sistematizados: claramente reglamentados, de revisión periódica de la situación cIN>-ica y legal de -as pacientes de larga pemran-. Esta falta de revisión Periódica osare tardo en loses pacientes comes como en toallas intemadoslas por medidas de sed. Se han detectado casos de personas hospitalizadas por meadas de seguridad que permanecen confinadas las instituciones por periodos indefinidos, rompiendo con los criterios máximos de pfiva- de tetad</p> <p>7-GatarrUa de ta brEe- No hay acciones de educedón de pacientes respecto a la agresión; con frecuencia, losAas pacientes son agredidoslas por sus compañeros/as, habiéndose tordo lesione, abusos sexuales y hasta un homicicio. Los tratamientos se adm*-n sin el consentimiento informado de losJlas pacientes. Se practican es terilizaciones conforme a un procedimiento vigente que, no obstante, no se ajusta dei todo a b establecido en las normas internacionales de protección de los derechos humanos</p> <p>8-Goce de la capacidad jurídica: Se manifiesta la violación de este derecho en dos aspectos: a- Una prononcción importante de la</p>
--	--	--	--

--	--

curadores/as, lo que los deja en situación de total indefensión.

9-Derecho a la Defensa: en caso de que se presente un proceso de curatela las personas no cuentan con una defensoría pública que proteja sus derechos.

10-Derecho a la interposición de recursos judiciales: Al no tener capacidad de actuar, el paciente no puede interponer ningún recurso en las instancias judiciales correspondientes.

11-Derecho a la información: Numerosas las pacientes no conocen qué tratamiento reciben. En la mayoría de los casos desconocen los riesgos y beneficios del tratamiento que se le administra.

Derechos Políticos: existe población infamada que no cuenta con cédula, lo que imposibilita el ejercicio de su derecho al sufragio. Aun aquellos con su cédula al día no ejercen ese derecho conforme a la legislación vigente, ya que se presupone su falta de capacidad de actuar, aun cuando ésta no esté declarada judicialmente.

Def-s Económicos, Sociales y Culturales

1-Derecho a la salud: Las instituciones psiquiátricas difieren en la prestación de servicios, habiendo algunas en las que esta prestación, tiene más limitaciones que en otras, particularmente en relación al acceso a servicios especializados, entre esos las de fisioterapia, geriatría, odontología y terapia recreativa.

2-Derecho a la educación: Los menores internados/as asisten a la escuela cuando se cuenta con transporte. Los adultos, no cuentan con servicios educativos. Los capítulos de la ley 7600 que tratan sobre este punto no se han implementado.

- Derechos laborales: asignados/as a actividades de terapia ocupacional en realidad desempeñan funciones laborales en beneficio de los hospitales; recibiendo un pago simbólico

		<p>bajo la forma de incentivo terapéutico, sin ninguna -la laboral. Tales pacientes deberían recibir atando menos el salario mGyimo lega(y gozar de los beneficios prescritos por la ley.</p> <p>4-De- ala familia: No existe un Mema de vistas conyugales ni se di- de políticas dares en relación con la sexualidad de lasAas pacientes. Estos no recen educación sexual. Las (amibas de 4os8as pacientes no recen suficiere apoyo pscf- . social y económico. Los programas educativos para combatir el rechazo y abandono por parte de las fam- , fomentar be autoa>idsdas y reforzar las redes de apoyo social son escasos.</p> <p>5-)e- a ta cultura: en la práctica, no abaten actividades audGura(es sistematizadas.</p> <p>8-perecho ata recroscían: Las actividades recreativas son mimas. Se atenta cm ir>staladones deportivas pero son más UN- por el pemonal que por lo-las pacientes</p>
--	--	--

6. - Poda decisión de que, Derecho debido a su enfermedad jurídica mental, una persona carece actuar. de capacidad Jurídica y toda Derecho al Debido Proceso de que, a Derecho a la Defensa. consecuencia de dicha y muchos/as de incapacidad, se designe a unis representante personal se tomará sólo después de una audiencia equitsbva ante rai tribunal independiente e establecido por ta imparcial legislación nacional. La persona de cuya CWaCKW se trate tendrá derecho a estar representada por unta deferrsorta. Si la persona de servicio; sin embargo, es cuya capacidad se trata no

obtiene por si misma dicha representación, se le pondrá

ésta a su disposición sin cargo algruro en la medida de que no disponga de medios suficientes para pagar dichos ser-. EUIa defer>sala no podrá representar en las mismas actuaciones a una ir>stiaación psiquiátrica rú a su personal, tú tampoco podrá representar a un familiar de ta persona de cuya capacidad se trate, a mercas que el -al compruebe que no existe nir- conflicto de intereses. Las decisiones sobre la capacidad y la necesidad de un representante personal se revisarán en los intervalos razonables prevWos 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 -al

rior ZO

7. Cuando una corte u otro Derecho a contar con un Conatidción Po-tribunal competente representante legal. determine que una persona Derecho a la capacidad de Irrternaciorrales que padece una enfermedad actuar y a la capacidad pues Humo-mental no puede ocuparse de jurídica.

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

Protección de menores (31) niños.

Se tendrá cial cuidado,

a la capacidad . Constitución Poffira y capacidad de . Instrumenmos o- pwwhox HUMUM

' Declaración Universal de los carecen de capacidad de Pacto actor DerInternacional de Civiles y Políticos, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre y Corner>ción Americana de Derechos Humanos . Ley ixrlx3ma gp y siguientes

Gran parte de la pobladón irrterrada no cuanta con una de declaratoria de irrterni dispone de unta curadoda,

~ Derechos -as estSn en estado de abandono por sus familiares. Aqueas a los que se les ha seguido un proceso judicial no han contado con urda defensor/a púbkc/a cese' garantice la imparcialidad del proceso. La oficina de defensores públicos del Poder Judicial otorga dicho . Código Procesal Penal art, escasamente utilizado, por desconocimiento de losas interesados/as.

Conforme a la ley 7600 la Procuraduría General de la da Re- deberá solicitar de oficio la curatela de una EN e- de Mar- articub

Declaración Universal de los Derechos Humanos. Pedro ~ 2' proceso - no se ha iniciado Por ríCE de cF" anidad. En k>temacional de Derechos ceso de irrerr,amientos

C'viles y Políticos, Pacto internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre y Convención Americana de ir,rB-,ianm involuntarios o judiciales, eUIa directoria deberá comunicars1 de Fan élia con el objeto de iniciar e1 proceso de no se ~ r"o" d° interdicción b cual de les wstituciones que reciben el

instrnmento l-acionai psiquiátricoslas persiste un pabellón de niñoslas: a pesar de los esfuerzos de

<p>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, dieponiéndose, de ser necesario, el nombramiento de un representante legal que sea miembro de la familia.</p>			<p>desinstabilizadores, no se ha dado respuesta clara por parte del Patronato Nacional de la Infancia al respecto, Inclusive hay menores que están conviviendo en pabellones con adultos. A estos niños/ps se les violan los derechos mencionados con anterioridad.</p>
<p>PRINCIPIO 3 La vida en la comunidad</p> <p>Toda persona que padezca una enfermedad mental tendrá derecho a vivir y a trabajar en la medida de lo posible, en la comunidad (17)</p>	<p>Derecho a la vida en comunidad Derecho a la Familia Derecho al Trabajo</p>	<p>Instrumentos Internacionales Declaración de los Derechos de los Retrasados/as Mentales. Declaración de los Derechos de los Impedidos/as art. 9 Legislación Ley 7600 art: 11</p>	<p>En uno de los centros de hospitalización se cuenta con un centro comunitario que ha permitido un contacto mayor con la comunidad. Otro de los hospitales ofrece servicios para la comunidad pero dentro de la misma institución, En la ciudad de Alajuela funciona un taller protegido. Por iniciativa de un grupo de familiares y ex-pacientes surgió otro taller protegido en la ciudad de San José. En la población de Pavas funciona un hogar protegido en la comunidad, dependiente de un hospital psiquiátrico, pero su capacidad es reducida y la situación no se ha repetido desde hace aproximadamente veinte años, cuando fue inaugurado el hogar. La carencia de servicios en algunas comunidades del país, así como la falta de políticas; datos de trabajo con la comunidad, favorecen el desarraigo de la población</p>

<p>PRINCIPIO 4 Determinación de una edad mental</p> <p>t. La determinación de que una persona padece una enfermedad mental se formulará con arreglo a normas médicas aceptadas internamente.</p> <p>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 reboso, o en cualquier otra razón que no se refiera directamente al estado de la salud mental.</p> <p>3. Los confiados familiares o profesionales o la falta de conformidad con los valores morales, sociales, c-ales o poi- o con las creencias religiosas dominantes en la comunidad de una persona en ningún caso constituirá un facto determinante de diagnóstico de enfermedad mental.</p> <p>4. Et hecho de que un paèrrte 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.</p> <p>5. Ninguna persona o autoridad dasiñcará a una persona como enferma mental o indicará de otro modo que padece una enfermedad mental salvo para fines directamente relacionados con la enfermedad mental! o con las consecuencias de ésta</p>	<p>Derecho a un diagnóstico adecuado</p> <p>Derecho a un diagnóstico adecuado y a la no discriminación por razones políticas, económicas, sociales, cufhsales, raciales o religiosas,</p> <p>Derecho a un diagnóstico adecuado y sin discriminación</p> <p>Derecho a no ser estereotipado y encasiNado por su trastorno emocional</p> <p>Derecho a no ser estereotipado y encasillado como enfermo mental</p>	<p>Pacto de Derechos Económicos Sociales y Culturales. Protocolo de la Convención Americana de Derechos Humanos.</p> <p>Idem</p> <p>Idem</p> <p>idem</p> <p>Ley 7600</p>	<p>Estudios realizados por funónarioslas de los centros psiquiátricoslas han determinando que una proporción apreciable de la población hospitalizada presenta cuadros orgánicos (retardo mental, cuadros neurológicos, problemas asociados con la seniftdad) para los que la atención en hospital psiquiátrico no es la más adecuada. Ello significa que un número importante de pacientes no están recibiendo la atención debida.</p> <p>El manejo de losllas pacientes hospitalizadoslas no siempre se ajusta a una perspectiva de género. La determinación del diagnóstico podría sesgarse, pudiendo ocurrir que se calificara como enfermedad mental lo que más bien corresponde a problemas psicosoóales relacionados con r l género o la edad</p> <p>La actitud de la población y losas familiares frente al retardo mental, unida a la ignorancia sobre el tema y a la falte de servicios, determinó en el pasado el internamiento en hospitales psiquiátricos, de pacientes que no deberían estar abf. Cabe notar que las poi-vigentes no permiten ta internación de esos pacientes, a menos que tengan concomitantemente un problema psiquiátrico</p> <p>Se han presentado casos de ancianos que son remitidos a los hospitales psiquiátricos por los centros de atención a ese grupo de edad al enterarse que tienen o historia! de tratamiento o de hospitalización psiquiátrica.</p> <p>Las ir>sbáiáones involucradas deberían coordinar sus políticas y prácticas con el fin de que blas ancianoslas no queden en una situación de total abandono.</p>
---	---	--	---

<p>forzado á 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 prooeámiento autorizado por el derecho nacional.</p>		<p>Económicos Sociales culturales Protocolo de la Convención Americana de Derechos Humanos.</p>	<p>"Autorizo al personal de la Caja Costarricense del Seguro Social, para que durante mi hospitalización se me practiquen los procedimientos médicos y quirúrgicos necesario de diagnóstico clínico, de gabinete, de laboratorio o anatomopatológicos que sean necesarios para el diagnóstico, tratamiento y recuperación de mi salud. A la vez exonerar de responsabilidad al mismo personal por las complicaciones naturales que podrían presentarse al realizar estos procedimientos. Del mismo modo autorizo a la institución para que se lleven a cabo los procedimientos necropscópicos necesarios para el reconocimiento de mi enfermedad, a fin de evitar riesgos de contagio y garantizar la protección futura a la salud de mis familiares allegados y de la comunidad" Esta autorización debe ser firmada por el paciente o un familiar para ingresar al centro hospitalario.</p>
<p>P-NCIPIO 6 Confidencialidad</p> <p>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.</p>	<p>Derecho a la confidencialidad del expediente clínico</p>	<p>Convención Americana de Derechos Humanos Pacto de Derechos Civiles y Políticos Constitución Política</p>	<p>Las condiciones en que se manejan los expedientes clínicos no garantizan su confidencialidad.</p>
<p>PRINCIPIO 7 Importancia de la comunidad y de la familia (1B)</p> <p>1. Todo paciente tendrá derecho a ser tratado/a y atendido/a, en la medida de lo posible, en la comunidad en la que vive.</p>	<p>Derecho a la Integración y a la vida en Comunidad</p>	<p>Decreto 23984-s</p>	<p>No se ha implementado del todo el decreto 2398" que indica el fortalecimiento de la atención comunitaria, la consulta externa, los hospitales de día y los hogares transitorios. El estado, los gobiernos locales y la sociedad organizada deben promover los cambios estructurales correspondientes y de esta manera, modificar la percepción y actitudes del público respecto a las personas con trastornos mentales.</p>
<p>2. Cuando el tratamiento se administre en una institución psiquiátrica, el paciente tendrá derecho a ser tratado/a, siempre que sea posible, cerca de su hogar o del lugar de sus familiares o amigos/as y tendrá derecho a regresar a la comunidad lo antes posible</p>	<p>Derecho a la Familia</p>	<p>Decreto 23984-s</p>	<p>Se debe implementar el decreto 23984-s</p>

3. Todo paciente tendrá derecho a un tratamiento adecuado a sus antecedentes culturales	Derecho a tratamiento médico e identidad cultural	Decreto 23984-s	Sé debe implementar el decreto 23984-s
PRINCIPIO 8 Normas de atención (14) 1. Todo paciente tendrá derecho a recibir la atención sanitaria y social que corresponda a sus necesidades de salud y será atendido/a y tratado/a con arreglo a las mismas normas aplicables a los/as demás enfermos/as.	Derecho a la Salud.	Constitución Política Pacto de Derechos Económicos Sociales y Culturales Protocolo de Facultativo de la Convención Americana de Derechos Humanos Código de la Salud Ley 7600	Las instituciones psiquiátricas difieren en la prestación de servicios, habiendo algunas en las que esta prestación tiene más limitaciones que en otras, particularmente en relación al acceso a servicios especializados, entre ellos los de fisioterapia, geriatría, odontología y terapia recreativa
2. Se protegerá a todo paciente de cualquier daño, incluida la administración injustificada de medicamentos, los malos tratos por parte de otros pacientes, de personal o de otras personas u otros actos que causen ansiedad mental o molestias físicas.	Derecho a la Integridad Física.	Constitución Política Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos Convención Americana de Derechos Humanos	La fórmula de hospitalización transcrita anteriormente refleja cierta indefensión de los pacientes respecto a las políticas institucionales
PRINCIPIO 9 Tratamiento (14) 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	Derecho al desarrollo personal	Declaración Sobre el Derecho al Desarrollo de Naciones Unidas	
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	Derecho a revisiones periódicas y por personal profesional calificado.	Constitución Política Pacto de Derechos Económicos Sociales y Culturales Protocolo de Facultativo de la Convención Americana de Derechos Humanos Código de la Salud	Existen casos, particularmente en la población de pacientes crónicos, en que las revisiones no son periódicas y sistemáticas. También se registran casos en que las revisiones son realizadas por

3. La atención psiquiátrica se dispensará siempre con arreglo a las normas pertinentes de los profesionales de salud mental, en particular las aceptadas internacionalmente como los principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas (145). En ningún caso se hará uso indebido de los conocimientos las técnicas.

Constitución Política
Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
Protocolo de Facultativo de la Convención Americana de Derechos Humanos
Código de la Salud Ley 7600

No existen políticas claras de rehabilitación social, y integración del paciente a la sociedad y desarrollo integral de éste.

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

a la Declaración del Derecho al Desarrollo Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad Ley 7800

PRIMA 10
Artículo 41

Derecho a no ser torturado/a y castigado/a
Convención contra todas las Formas de Tortura
Convención de Belem do Para

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 tercer. Con sujeción a las disposiciones del párrafo 15 de principio 11 infra, folios profesionales de salud mental sólo administrarán medicamentos de eficacia conocida o demostrada.

2. Toda la medicación deberá ser prescrita por el profesional de salud mental autorizado/a por la ley y se registrará en el hospital del paciente.

Constitución Política
Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
Protocolo de Facultativo de la Convención Americana de Derechos Humanos
Código de la Salud Ley 7600

Artículo 11
Conservación para el (y)

Derecho a la información

Constitución Política
Pacto de Derechos Civiles y Políticos
Convención Americana de Derechos Humanos

El consentimiento podría estar viciado debido a las circunstancias en que lo firma el paciente o sus familiares. En el caso de los internamientos involuntarios no se requiere el consentimiento del paciente.

1. No se administrará ningún tratamiento a una paciente sin su consentimiento informado, salvo en los casos previstos en los párrafos 8, 7,

8, 13 y 15 del presente

El consentimiento utilizado en la autorización de internamiento podría no ser comprensible para quien otorga la autorización

<p>2. Por consentimiento informado se entiende el consentimiento obtenido libremente sin amenazas ni persuasión indebida, después de proporcionar al paciente información adecuada y comprensible, en una forma y en un lenguaje que éste la entienda, acerca de:</p> <p>a) El diagnóstico y su evaluación;</p> <p>b) El propósito, el método, la duración probable y los beneficios que se espera obtener del tratamiento propuesto;</p> <p>c) Las demás modalidades posibles de tratamiento, -das las menos alteradoras posibles;</p> <p>d) Los dolores o incomodidades posibles y los riesgos y secuelas del tratamiento propuesto.</p>	<p>Derecho a la información</p>	<p>Constitución Política Pacto de Derechos Civiles y Políticos Convención Americana de Derechos Humanos</p>	
<p>3. EULA paciente podrá so- que durante el procedimiento seguido para que dé su consentimiento estén presentes una o más personas de su elección.</p>	<p>Derecho al consentimiento informado</p>	<p>Constitución Política Pacto de Derechos Civiles y Políticos Convención Americana de Derechos Humanos Código Civil</p>	<p>Las circunstancias de la hospitalización no favorecen que el o la paciente solicite durante el procedimiento la presencia de una o más personas elegidas por él o ella</p>
<p>4. EULA 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 explicará al paciente las consecuencias de su decisión de no recibir o interrumpir su tratamiento.</p>	<p>Derecho a la integridad física y al consentimiento informado.</p>	<p>Constitución Política Pacto de Derechos Civiles y Políticos Convención Americana de Derechos Humanos</p>	<p>Conforme a las circunstancias de internamientos involuntarios y autorización para tratamiento sumariado por la situación es difícil que se den las negarse al tratamiento.</p>
<p>5. No se deberá alentar o persuadir a una persona a que renuncie a su derecho a dar su consentimiento informado. En caso de que ella paciente así lo desee hacerlo, se le explicará que el tratamiento no se puede administrar sin su</p>	<p>Derecho al consentimiento informado.</p>	<p>Constitución Política Pacto de Derechos Civiles y Políticos Convención Americana de Derechos Humanos</p>	<p>No se sigue el procedimiento descrito.</p>

<p>6. Con excepción de b o en los párrafos 7, 8, 12, 13, 14 y 15 del presente principio, podrá aplicarse un plan de tratamiento propuesto sin el consentimiento informado de la paciente cuando concurren las siguientes circunstancias:</p> <p>a) Que ella paciente, en la época de que se trate, sea una paciente involuntario;</p> <p>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, la paciente está incapacitada/a para dar o negar su consentimiento informado al plan de tratamiento propuesto o, si así lo prevé la legislación nacional, teniendo presente la seguridad de la paciente y la de terceros, o bien que ella paciente se niega irracionalmente a dar su consentimiento;</p> <p>c) Que la autoridad independiente compruebe que el plan de tratamiento propuesto es el más adecuado para atender a las necesidades de salud de la paciente.</p>	<p>Derecho a la salud.</p>	<p>Constitución Política Pacto de Derechos Económicos Sociales y Culturales Protocolo de Facrdk- de la Convención Americana de Derechos Humanos Código de la Salud ley 7800</p>	<p>No existe una autoridad independiente que tome conocimiento y de ser necesario intervenga en relación con los planes de tratamiento</p>
<p>7. La disposición del párrafo 6 supra no se aplicará cuando el paciente tiene un representante personal facultado/a por ley para dar su consentimiento respectivo del tratamiento de la 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 esta paciente sin su consentimiento, informado cuando, después que se le traga proporcionado la información mencionada en el párrafo 2 del presente principio, el representante</p>	<p>Derecho a la curatela y a la capacidad jurídica de actuar</p>	<p>Constitución Política Pacto de Derechos Civiles y PO- Convención Americana de Derechos Humanos</p>	<p>Un gran número de pacientes no cuentan con curatodotrislas, por lo que no se basan el*- el presente prin-</p>

<p>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 una profesional de salud mental calificada y autorizado/a por ley determina que ese tratamiento es urgente y necesario para impedir un daño inmediato o inminente al/a paciente o a otras personas. Ese tratamiento no se aplicará más allá del periodo estrictamente necesario para alcanzar ese propósito-</p>	<p>Derecho a la salud</p>	<p>Constitución Política Pacto de Derechos Económicos Sociales y Culturales Protocolo de Facultativo de la Convención Americana de Derechos Humanos Código de la Salud Ley 7600</p>	
<p>9. Cuando se haya autorizado cualquier tratamiento sin el consentimiento informado de/la paciente, se hará no obstante todo lo p- por informar a éstels acerca de la naturaleza del tratamiento y de cualquier otra tratamiento posible y por lograr que e/la paciente participe en cuanto sea posible en la aplicación del plan de tratamiento.</p>	<p>Derecho a la información</p>	<p>Constitución Política Pacto de Derechos Económicos Socia" y Culturales Protocolo de Facultativo de la Convención Americana de Derechos Humanos Código de la Salud Ley 7600</p>	<p>No existen procedimientos claros respecto a este punto en aigtxros/as centros de internamiento</p>
<p>10. Todo tratamiento deberá registrarse de inmediato en el historial clínico del/a paciente y se señalará si es voluntario o involuntario.</p>	<p>Derecho al debido proceso.</p>	<p>Constitución Política Pacto de Derechos Económica Sociales y Culturales Protocolo de Facultativo de la Convención Americana de Derechos Humanos Código de la Salud L 7600</p>	
<p>11. No se someterá ningtrida paciente a restricciones físicas o a reclusión involuntario salvo con arresto a los procedimientos oficialmente aprobados de la institución psiquiátrica y sólo cuando sea el único medio disponible Para impedir un daño inmediato o inminente aula paciente o a terceros. Esas prácticas no se prolongarán más asá de periodos estrictamente necesario para afianzar ese propósito. Todos - tos casos de restricción física o de reclusión involuntaria, sus motivos y su carácter y duración se registrarán en el historial clínico de/la paciente. llnfa paciente</p>	<p>Derecho a la integridad física.</p>	<p>Constitución Política Pacto de Derechos Civiles y Políticos Convención Americana de Derechos Humanos Cona#- Política Pacto de Derechos Civiles y Políticos Convención Americana de Derechos Humanos.</p>	<p>En algunoslas casos no se registran las contenciones físicas en el tú- clínico</p> <p>--</p>

<p><i>Mo</i> aviso de toda restricción física o reclusión involuntaria de pacientes a los representantes personales, de haberlos y de proceder.</p>			
<p>12. Nunca podrá aplicarse la esterilización como tratamiento de la enfermedad mental.</p>	<p>Derecho a la integridad física.</p>	<p>Constitución Política Pacto de Derechos Civiles y Políticos Convención Americana de Derechos Humanos.</p>	
<p>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 de la paciente y cuando ella paciente dé su consentimiento informado, salvo que, cuando no esté en condiciones de dar ese consentimiento, sólo se autoriza el procedimiento o la operación después de practicarse un examen independiente.</p>	<p>Derecho a la salud.</p>	<p>Constitución Política Pacto de Derechos Económicos -les y Culturales Protocolo de Facultativo de la Convención Americana de Derechos Humanos Código de la Salud Ley 7600</p>	
<p>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/a paciente cuando éste haya dado su consentimiento informado y cuando un órgano externo independiente compruebe que existe realmente un consentimiento informado y que el</p>	<p>Derecho a la integridad física</p>	<p>Constitución Política Declaración Universal de Derechos Humanos Pacto de Derechos Civiles y Políticos Convención Americana de Derechos Humanos</p>	

<p>15. No se someteré a ensayos clínicos ni a tratamientos experimentales a ningún/a paciente sin su consentimiento informado, excepto cuando el/la paciente esté incapacitado/a para dar su consentimiento informado, en cuyo caso sólo podrá ser sometido/a 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.</p> <p>16. En los casos específicos en los párrafos 6, 7, 8, 13, 14 y 15 del presente Principio, el/la 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.</p>	<p>Derecho a la integridad física y el consentimiento informado.</p> <p>Derecho a un debido proceso.</p>	<p>Constitución Política Pacto de Derechos Económicos Sociales y Culturales Protocolo de Facultativo de la Convención Americana de Derechos Humanos Código de la Salud Ley 7600</p> <p>Constitución Política Declaración Universal de Derechos Humanos Pacto de Derechos Civiles y Políticos Convención Americana de Derechos Humanos.</p>	<p>," I</p>
<p>PRINCIPIO 12 Información sobre los derechos (?1)</p> <p>1. Toda paciente recluido/a en una institución psiquiátrica será informada, 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.</p> <p>2. Mientras el/la paciente no esté en condiciones de comprender dicha información, los derechos del/la 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/la paciente y que deseen hacerlo.</p> <p>3. El/la paciente que tenga la capacidad necesaria tiene el derecho de designar a una</p>	<p>Derecho a la información</p> <p>Derecho a la información</p>	<p>Constitución Política Declaración Universal de Derechos Humanos Pacto de Derechos Civiles y Políticos Convención Americana de Derechos Humanos</p> <p>Constitución Política Declaración Universal de Derechos Humanos Pacto de Derechos Civiles y Políticos Convención Americana de Derechos Humanos</p>	<p>En los centros de salud se reparte un folleto con algunos de los derechos de los/as pacientes, no existe un documento sistematizado, ni políticas para capacitar y divulgar los derechos de los/as pacientes.</p> <p>Un número considerable de pacientes cure no están en condición de comprender, no cuentan con representantes legales que tutelen sus derechos.</p> <p>La aplicación de este pro</p>

autoridades de la institución.

Políticos
Convención Americana de
Derechos Humanos

PwarcrPro 13

Derechos y concffciones en las instituciones psiquiátricas

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

a) Reconocimiento en todas partes como persona ante la ley;

Reconocimiento de la personalidad jurídica

Art. 6 Declaración Universal de los Derechos Humanos

No todos larlas pacientes tienen cédula de identidad, b que inhibe su recarrocimiento como personalidad jurídica.

b) Yda privada;

Igualdad ante la ley
Derecho a la privacidad

Art. 33 Constitución Política
Art. 12 Declaración Universal de Derechos Humanos

Las Personas con Enfermedades Mentales (PEM) cuentan con poca privacidad: no tienen donde guardar sus objetos personales, tos que frecuentemente llevan en bolsas de papel. No cuentan con espacio suficiente en los dormitorios lo que ~ la privacidad. No hay condiciones que permitan a los/las paáentes registrar privado a sus cónyuges y, ejercer su derecho a la

c) Libertad de comunicación, que inchrye la restad de comunicarse con otras personas que estén dentro de fa instihraón; , -d de enviar y de recibir comunicaciones privadas sin censura; libertad de recibir, en privado, visitas de unta asesoría o representante personal y, en todo momento apropiado, de otra vis'rtartes; y libertad de acceso a los servicios postales y telefónicos y a la prensa, fa radio y la televisión;

Derecho a la libertad de expresión

Art. 19 Declaración Universal de Derechos Humanos
Art. 29 Constitudbn Política

sexualidad.

d) Libertad de religión o aeenáa.

Derecho a fa libertad de sedo.

Art. 1 Declaración Universal de Derechos Humanos

2. El *medro ambiente* y las cono de vida en las edad ante la ley. ir- ciones psiquiábicas deberán aproximarse en la mayor medida poste alas condiciones de 1a vida normal de las personas de edad similar e incluirán en particular:

Derecho a la igualdad y

Art. 75 Constitución Política
Art. 1 Declaración Universal de Derechos Humanos
Art. 73 Consttución POI tica
33 Art. Consóiaráón Poítica

Las condiciones en)as ~id~M~ no se aproximan a las de la vida normal lo c-ue difi~ 1a ~ tete, de 1a% ~ personas a la sociedad.

a) instapara actividades de recreo y esparcimiento ;

Derecho al libre desarrollo de la personalidad

Art. 22 Declaración Universal

A pesar de que existen breas que pueden ser utilizadas para recreo y esparartimento, éstas se utilizan en raras

Duo~ Hrnwarros de las personas con **enhavrnodicl menól en el SW- de Salud de Ccsfa Rica**

No se cuenta con personal especializado en terapias de tipo recreativo.

b) Instalaciones educativas ;	Derecho a la Educación	Art. 26 Declaración Universal de Derechos Humanos Art. 77 y 78 de la Constitución Política Art. 22 Declaración Universal de Derechos Humanos	No existen instalaciones educativas en donde las y los pacientes puedan ejercer su derecho a la educación. Tampoco hay servicios de orientación profesional.
c) instalaciones para adquirir o recibir artículos esenciales para la vida diaria, el esparcimiento y la comunicación ;	Derecho al libre desarrollo de su personalidad		
d) instalaciones, y el estímulo correspondiente para utilizarlas, que permitan a los/as pacientes emprender ocupaciones activas adaptadas a sus antecedentes sociales y culturales y que permitan aplicar medidas apropiadas de rehabilitación para promover su integración en la comunidad. Tales medidas comprenderán servicios de orientación vocacional, capacitación vocacional y colocación laboral que permitan a los/as pacientes obtener o mantener un empleo en la comunidad.	Derecho al libre desarrollo de su personalidad	Art. 22 Declaración Universal de Derechos Humanos.	A pesar de que en un hospital existen talleres ocupacionales, el equipo de que se dispone es muy antiguo o está dañado. No se dispone de terapeutas ocupacionales profesionales y la asignación de pacientes a un determinado taller sigue criterios sexistas. Los talleres, tal como funcionan, no favorecen la rehabilitación de la persona a la sociedad.
3. En ninguna circunstancia podrá el/la paciente ser sometido/a a trabajos forzados. Dentro de los límites compatibles con las necesidades del/la paciente y las de la administración de la institución, el/la paciente deberá poder elegir la clase de trabajo que desee realizar.	Derecho a la libre elección de su trabajo Derecho al trabajo	Art. 23 Declaración Universal de Derechos Humanos	

4. El trabajo de un/a paciente en una institución psiquiátrica no será objeto de explotación. Todo/a paciente tendrá derecho a recibir por su 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/a paciente tendrá derecho, en cualquier caso, a recibir una proporción equitativa de la remuneración que la institución perciba por su trabajo.

Art. 23.2 Declaración Universal de Derechos Humanos
 Art. 57 Constitución Política
 Art. 57, 58 y 59 Constitución Política

Los y las pacientes que realizan trabajos para las instituciones no reciben salario sino un incentivo terapéutico", igual al acordado para los pacientes en terapia ocupacional. La remuneración recibida por los pacientes que trabajan es excesivamente baja e insuficiente para cubrir sus necesidades y mucho menos las de sus familias. Los y las pacientes no deben ser objeto de explotación, como podría ser el caso de los ceses se encargan de las áreas verdes. En este caso, la remuneración que reciben quincenalmente es menor que el salario diario de un peón a cola.

PRINCIPIO 14

Recursos de que deben tener las instituciones psiquiátricas

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

Art. 7 Declaración Universal de Derechos Humanos
 Art. 33 Constitución Política

Las instituciones psiquiátricas difieren en la prestación de servicios, habiendo algunas en las que esta prestación tiene más limitaciones que en otras, particularmente, en relación

a) Personal médico y otros/as profesb- calificados/as en número suficiente y locales suñcientes, para proporcionar a la paciehte ta intimidad necesaria y un programa de terapia apropiada y activa;

Art. 25 Declaración Universal de Derechos Humanos ,

espedafizados, entre egos los de FtsiOteiapia, g-, odontoiogta y terapia recreativa.

b) Equipo de agnóstico terapéutico para loadas pacientes

Derecho a la salud y al bienestar personal. Art. 25 Declaración Universal de Derechos Humanos

La atención a los/las pacientes carácter irrtediscip- en la que cada miembro del equipo intervenga en el diagnóstico y tratamiento del o de la pace.

c) Atención profesional además

Derecho a la asistencia médica. Art. 25 Declaración Universal de Derechos Humanos

No existen normas escritas de control de cardad. Este queda librado al cr'Rer'ro de los/las responsabfes de los servicios.

d) Tratamiento además, regular y completo, incluido el sum- de me-errtos. Derecho a la salud y el bienestar personal. Art. 25 Declaración Universal (farmacoterapia y TEC): Las

de Derechos Humanos
 Art. 73 Constitución Política

El tratamiento adm- do es fundamentalmente biológico psicoterapias (individuales o en grupo) y otras formas de templa (por ejemplo, socioterapia, músicoterapia, etc.) no se aplican regularmente en las instituciones

2. Todas las p- tricas serán inspeccionadas por las autoridades como testes con

Pacto de Derecho, No se aplican normas de control de d ní existe una entidad dedicada a la inspección de los h Económico, Social y Cultural

frecuencia suficiente para garantizar que las condiciones, el tratamiento y la atención de los/las pacientes se conformen a los presentes Principios			psiquiátricoslas
PRINCIPIO 15 Pro de admisión 1. Cuando una persona necesite tratamiento en una institución psiquiátrica, se hará todo lo posible por evitar una admisión involuntaria	Nadie puede ser arbitrariamente detenido. Toda persona es libre Igualdad de derechos Igualdad ante la ley	Art. 9 Declaración Universal de Derechos Humanos Art. 20 Constitución Política Art. Declaración Universal de Derechos Humanos Art. Constitución Política	En opinión de diversos/as funcionarios/as entrevistados/as en uno de los hospitales psiquiátricos, aproximadamente dos tercios de los ingresos son involuntarios. Los juzgados de familia, no son informados al respecto, como lo establece la ley 7600
2. El acceso a una institución psiquiátrica se administrará de la misma forma que el acceso a cualquier institución para cualquier otra enfermedad.			
3. Todo paciente que no haya sido admitido/arbitrariamente 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/a de ese derecho.	Nadie puede ser arbitrariamente detenido Toda persona es libre	Art. 9 Declaración Universal de Derechos Humanos Art. 20 Constitución Política	Por otra parte a los y las pacientes no se les informa sobre sus derechos.
PRINCIPIO 18 Admisión involuntaria 1. Una persona sólo podrá ser admitida como paciente involuntario/a en una institución psiquiátrica o ser retenida como paciente involuntario/a en una institución psiquiátrica a la que ya hubiera sido admitida como paciente voluntario/a atando 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 mediato o tene 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	Derecho a la integridad física Derecho a la seguridad. Idem Idem	Constitución Política Pacto de Civiles y Políticas Convenio Americano de Derechos Humanos Idem Idem	El criterio médico para la admisión involuntaria prevalece cuando existe presunción de una tentativa de suicidio, o cuando la conducta del/la paciente amenaza el bienestar de terceros. En todo caso, debe cumplirse con lo establecido en el principio 16, párrafo b.

adecuado que sólo puede aplicarse si se admite a un paciente en una institución psiquiátrica de conformidad con el principio de la opción menos restrictiva.

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

Derecho a la integridad y a la seguridad de su persona.
Derecho de investigar y recibir informaciones y opiniones.
Derecho a la libertad de petición y pronta resolución.

Constitución Política
Pacto de Civiles y Políticos
Convenio Americano de Derechos Humanos

La PEM tiene derecho a ser examinada o valorada por otro médico tanto de la CCSS como privada. En la práctica este derecho no se observa.

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.

Derecho a la información
Derecho a la petición y pronta resolución

Constitución Política
Convenio Americano de Derechos Humanos

Los motivos de las admisiones son inexistentes. Es el psiquiatra a cargo el único (a) que puede dar la orden de salida o la retención del paciente. Esta información no se le da al o la paciente. En la mayoría de los casos, no se designa un representante personal.

3. Una institución psiquiátrica sólo podrá admitir a pacientes involuntarios si no haya sido facultada a ese efecto por la autoridad competente prescrita por la legislación nacional.

Principio de legalidad.

Los internamientos involuntarios no son facultados por la autoridad competente.

PRINCIPIO 17 El órgano de revisión (21)

<p>1. El órgano de revisión será un órgano judicial y 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 un(a) o más profesionales de salud mental calificados e independientes y tendrá presente su asesoramiento.</p>	<p>Reconocimiento de derechos establecido por la constitución o por la ley. <i>Debid procesn</i></p>	<p>Art. 6 Declaración Universal de Derechos Humanos Art. 33 y siguiente. Constitución Política</p>	<p>No existe un órgano de revisión, tal y como se contempla en los Principios de Naciones Unidas. Por b tallo, no se cumplen las funciones que ahí se establecen.</p>
<p>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/a 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.</p>	<p>Idem</p>	<p>idem</p>	<p>No fue hasta hace poco, que se estableció un órgano de revisión para las personas internadas por medidas de seguridad judicial. La citada entidad ha encontrado graves anomalías, como por ejemplo que las medidas de seguridad, en cuarto no se les daba seguimiento, eran aplicadas "ad perpetum"</p>
<p>3. El órgano de revisión examinará periódicamente los casos de pacientes involuntarios a intervalos razonables especificados por la legislación nacional.</p>	<p>Idem</p>	<p>Idem</p>	
<p>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, a intervalos razonables prescritos por la legislación nacional.</p>	<p>Nadie podrá ser arbitrariamente detenido a la libertad de opinión y de libertad de petición y pronta resolución.</p>	<p>Art. 9 Declaración Universal de Derechos Humanos Art. 19 Declaración Universal de Derechos Humanos Art. 27 Constitución Política</p>	
<p>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/la paciente será dado/a de alta como paciente involuntario/a.</p>	<p>Derecho a la información Derecho a obtener pronta resolución</p>	<p>Art. 19 Declaración Universal de Derechos Humanos Art. 27 Constitución Política</p>	
<p>6. Si en cualquier momento que el profesional de salud mental responsable del caso determina que ya no se cumplen las condiciones para</p>	<p>Derecho a la no detención arbitraria Derecho a la libertad</p>	<p>Art. 9 Declaración Universal de Derechos Humanos Art. 20 Constitución Política</p>	

<p>retener a una persona como paciente involuntario/a, ordenará que se dé de alta a esa persona como paciente involuntario.</p> <p>7, EL/la paciente o su representante personal o cualquier persona interesada tendrá derecho a apelar ante un tribunal superior de la decisión de admitir a la paciente o de retenerla en una institución psiquiátrica.</p>	<p>Derecho a un recurso efectivo Derecho de defensa</p>	<p>Art. 8 Declaración Universal de Derechos Humanos Art. 39 Constitución Política</p>	
<p>PRINCIPIO 18 Garantías procesales (2!)</p> <p>1. El paciente tendrá derecho a designar a una defensora para que la represente en su calidad de paciente, incluso para que la represente en todo procedimiento de queja o apelación. Si el paciente no obtiene esos servicios, se pondrá a su disposición una defensora sin cargo alguno en la medida en que el paciente carezca de medios suficientes para pagar.</p> <p>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.</p> <p>3. El paciente y su defensora 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.</p> <p>4. Se proporcionarán al paciente y a su defensor/a 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 pondrían</p>	<p>Derecho a la legítima defensa Derecho a garantías procesales Derecho de defensa</p> <p>Ideen</p> <p>Ideen</p> <p>Ideen</p>	<p>Art. 10 Declaración Universal de Derechos Humanos Art. 11 Declaración Universal de Derechos Humanos Art. 39 Constitución Política</p> <p>Ideen</p> <p>idem</p> <p>Ideen</p>	<p>Se desconoce totalmente el derecho del o la paciente de nombrar o a designar a una defensora para que lo represente. Si la persona carece de medios económicos se le deberá proporcionar uno. Si la persona no puede comunicarse, tiene derecho a un intérprete, así como todas las garantías procesales señaladas por ley y el derecho</p>

<p>peligro la seguridad de terceros. Conforme b prescriba la -ación nacional, todo documento que no se proporcione al paciente deberá proporcionar- aula representante personal y aula deferrersoda deUla paciente, siempre que pueda hacerse con carácter confidencial. Cuando no se comunique al/la paciente cwa-r parte de un documento, se informará de ello al representante o a su defensor, así como de las razones de esa de-, que estará sujeta a revisión judicial.</p> <p>5. EUla paciente y su representante personal y defensora tendrán derecho a asistir personalmente a la audienáa y a participar y ser oídosas en ella.</p> <p>6. Sí eUla paciente o su representante personal o defensora solicitan fa presencia de una determinada persona en la audiencia, se admitirá a esa persona a macas que se considere que su presencia perjudicará gravemente la salud deUla paciente o pondrá en peligro la seguridad de terceros -</p> <p>7. En toda decisión relativa a si la audiencia o cualquier parte de ella será pública o privada y si podrá informarse públicamente de eNa, se tendrán en plena consideración los deseos deUla paciente, la necesidad de respetar su vida privada y la de otras personas y la necesidad e impedir que se cause un perjuicio grave a la salud deUla paéente o de no poner en peligro la seguridad de terceros.</p> <p>8. La decisión adoptada en una audiencia y las razones de ella se egresarán por escrito. Se proporcionarán copias aula paciente y a su representante personal y defensoría. Al determinar si la decisión se publicará en todo o en parte, se tendrán en plena consideración los deseos deUla paciente. la</p>	<p>Idem</p> <p>Idem</p> <p>Derecho a la privacidad e integridad personal</p> <p>Derecho a la información Derecho a la privacidad e integridad personal Derecho a la privacidad</p>	<p>Idem</p> <p>Idem</p> <p>Art. 12 Declaración Universal de Derechos Humanos</p> <p>Art. 19 Dedaraaón Universal de Derechos Humanos Art. 12 Declaración Universal de Derechos Humanos Art. 28 Constitución Poi"</p>	
--	--	---	--

<p>P-21 Toda persona o ex parte tendrá derecho a presentar una queja conforme a los procedimientos que establezca la legislación nacional.</p>	<p>Igualdad ante la ley libertad de petición y pronta resolución</p>	<p>Art. 7 Declaración Universal de Derechos Humanos Art. 27 Constitución Política</p>	<p>Como anteriormente se vio, las quejas pasan por una censura previa, por lo que muchas de ellas no podrán tramitarse y mucho menos incorporarse al expediente.</p>
<p>PRINCIPIO 22 Los Estados velarán por que existan mecanismos adecuados para promover el cumplimiento de los presentes Principios, inspeccionar las condiciones 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 las personas parientes.</p>	<p>Derecho al cumplimiento por parte del Estado de las Obligaciones Internacionales.</p>	<p>Art. 50 Constitución Política Art. 7 Constitución Política</p>	<p>Hasta el momento no se conoce ningún programa de control de calidad de la atención y tratamiento de los enfermos. Tampoco existe ningún mecanismo que vele de manera sistemática por la observancia de los derechos humanos de los y las pacientes. Solamente la Defensoría de los Habitantes ha intervenido en casos concretos. Existen procedimientos administrativos internos para casos de conducta profesional indebida. Sin embargo, estas conductas son difíciles de denunciar por los y las pacientes por su condición de subordinados o no las denuncian o, en el caso que lo hacen, las denuncias pueden ser desechadas al pasar por la censura previa a la que sometemos.</p>
<p>PRINCIPIO 23 Apertura 1. 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.</p>	<p>Derecho al cumplimiento por parte del Estado de las obligaciones internacionales. Derecho a la información</p>	<p>Art. 7 Constitución Política Art. 19 Declaración Universal de Derechos Humanos</p>	<p>Existe una ley en los entes rectores de la Salud Pública en cuanto a la aplicación y cumplimiento de los Principios. Existen medidas de carácter legislativo y judicial que no se aplican. Las revisiones periódicas de las diferentes medidas apenas comienzan a hacerse ahora en el área judicial. Evidentemente queda mucho por hacer para tratar de mejorar la calidad de vida, y la atención de las PEM. Estas acciones podrían iniciarse propiciando un cambio de actitud en las relaciones de cooperación que se han establecido entre las PEM y el personal de asistencia médica, así como entre aquellas presentes entre los médicos y el resto del personal.</p>
<p>PRINCIPIO 24 Alcance de los Principios</p>			<p>Y me Los</p>

<p>fe&~ a las iasuftuclones psiqUfi~ Los presentes Principios se aplican a todas las personas que irpresan en rara ación psiqriábica.</p>	<p>Derecho a la igualdad y no discriminación</p>	<p>ConsMución Política Convenio Americano de Derechos Humanos Palo de Civiles y Políticas</p>	<p>Pareciera que es costumbre percibir a la PEM como urda niño/a al cual debe protegerse, olvidando que esa panzona es sujeta de derechos que puede demandar el ejercicio de ellos en cualquier momento. Se olvida además en la mayoría de los caeos que losAas fisiorrario8las t>ospilarioslas reciben un saurio cuya contrapresión es un adeamdo servicio en la atención y tratamiento de los y las PEM. Los hospitales, no deben justificarse por la presencia de las PEM, amo por la excelencia en ¡ a atención que prestan.</p>
<p>PRMCIPIO 25 Afadwnirrrisr>to de los dore~ reconocidos No se impondrá nin~ restricción ni se admitirá derogación de los derechos de bellas pacientes, erre ellos los reconocidos en el derecho internacional o nacional apicaVle, so pretexto de que be prestes Principios no reonocen tales derechos o de que sólo los reconocen parcialmente.</p>	<p>Principios de los derechos adquiridos</p>	<p>Att. 197 Cw>stíaiáón Politice Art. 30 Declaración Universal de Derechos Humanos</p>	<p>La legón que protege estos principios es enfática al afirmar que ningún Estado puede restrir>gir, derogar, limitar o aplicar parcialmente estos derechos. Todos ellos son de observancia obig~ y su suxxnplrrrtiero implica una vidación a los derechos humanos.</p>

*TALLER DERECHOS HUMANOS DE LAS
PERSONAS CON TRASTORNOS EMOCIONALES*

ORGANIZAN

*Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial
Defensoría de los Habitantes*

*Caja Costarricense de Seguro Social
Departamento de Salud Mental*

Organización Panamericana de la Salud OPS

*Instituto Latinoamericano de Naciones Unidas para la Prevención del Delito y Tratamiento del
Delincuente*

FECHA

2 de octubre de 1997

HORARIO

De 8 :DO a.m. a 4 p.m.

SEDE:

*Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, La Valencia de Heredia, de Jardines del
Recuerdo 200 metros norte sobre carretera a Heredia.*

PROGRAMA

8 a 8 :10 a.m.	<p>Bienvenida</p> <p>Licda. Ana Helena Chacón, presidenta del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial</p>
8 :10 a 9 :00 a.m.	<p>Panel : Testimonios</p> <p>Coordina: Dr. Francisco Montero, jefe del Depto. de Salud Mental de ta CCSS</p>
9 :00 a 9 :15 a.m.	<p>Exposición sobre las Normas Mínimas de Naciones Unidas para la Atención de Pacientes Psiquiátricoslas.</p> <p>Lic. Rodrigo Jiménez, consultor Instituto Latinoamericano de Naciones Unidas para la Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente (II-ANUD)</p>
9 :15 a 9 :45 a.m.	<p>Presentación del Diagnóstico "Derechos de las Personas con Trastornos Mentales", elaborado por la OPS e iLANUD.</p> <p>Dr. René González, OPS</p> <p>Licda. Guaria Vargas, ILANUD</p>
9 :45 a 10 :00 a.m.	<p>Refrigerio</p>
10 :00 a 10.15 a.m.	<p>El Papel de la Defensoría de los Habitantes en la Tutela de tos Derechos de las Personas con Trastornos Mentales.</p> <p>Dra. María de los Ángeles Barahona, Área Protección Especial, Defensoría de los Habitantes</p>
10 :15 a 1 :00 p.m.	<p>Taller de Trabajo: ¿Cuáles podrían ser, dentro de las carencias de los centros de atención psiquiátrica, las acciones a corto plazo.</p>
1 :00 a 2 :00 p.m.	<p>Almuerzo</p>
2 :00 a 3 :00 p.m.	<p>Presentación de los resultados del trabajo en grupo.</p>
3 :00 a 4 :00 p.m.	<p>Síntesis</p> <p>Licda. Ana Helena Chacón</p> <p>Máster Rosette Kleiman</p>

introducción

1. Se partió de un listado de situaciones que violentan los derechos humanos de los centros de internamiento psiquiátrico. Este planteamiento se realiza con criterio de un grupo de expertos.
2. A cada grupo se le asignan dos grandes temas
 - 2.1 Atención psiquiátrica
Atención interdisciplinaria a interpretación social
 - 2.2 Situación jurídica
Derechos civiles y políticos
 - 2.3 Derechos económicos, sociales y culturales
Derecho a la solidaridad social.
3. Cada grupo hace el análisis partiendo de ese estado actual y proponiendo acciones a corto plazo.
4. Seguidamente se recomienda las acciones a corto plazo para resolver las situaciones particulares.
5. Por último se señala quienes son los participantes en las soluciones y por último se asignarán los responsables de la coordinación de cada acción.
6. Cada subgrupo se organizó de la manera que lo creyeron conveniente y vaciaron la información en una matriz diseñada previamente por los organizadores.
7. Una vez finalizado el trabajo en el grupo se fue a una plenaria donde se planteó el resultado del trabajo.

SESION/TALLER DERECHOS HUMANOS DE LAS
PERSONAS CON TRASTORNOS EMOCIONALES

TALLER PARA LA FORMULACIÓN DE ACCIONES A CORTO PLAZO PARA LA RESOLUCIÓN
DE LAS CARENCIAS EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA



Esta parte del trabajo es de mucha importancia ya que de aquí obtendremos las recomendaciones y conclusiones de este evento-

A cada grupo se nos han asignado dos temáticas particulares.

Sobre las temáticas asignadas, vamos a determinar en primera instancia el estado de cosas, o sea, vamos a definir como es la situación actual, para lo cual podemos utilizar el diagnóstico.

- ? En segundo lugar vamos a recomendar acciones a corto plazo, para solventar las situaciones particulares enunciadas en el punto anterior.
- ? En tercer lugar vamos a decidir quienes son los entes participantes de esa solución.
- ? Y por último vamos a señalar quien o quienes son los/las responsables de coordinar las acciones.



Para ayudarnos en este trabajo de grupo podemos utilizar la matriz anexa.



Para completar este trabajo, podemos organizarnos de la mejor manera posible, siendo necesario que escojamos un relator o una relatora, para que los resultados sean expuestos en la plenaria.

SEMINARIO TALLER DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS CON TRASTORNOS EMOCIONALES



TALLER PARA LA FORMULACION DE ACCIONES A CORTO PLAZO PARA LA RESOLUCION DE CARENCIAS EN LOS CENTROS DE ATENCION PSIQUiatrica



Esto es un listado de situaciones que a criterio de un grupo de expertos se dan en los centros de internamiento psiquiátrico y sanatorios de los derechos humanos.



1. Atención psiquiátrica

- 1.1 No se cubren las necesidades de la población periférica. Poca posibilidad de
- 1.2 atención no institucionalizada. Servicios de atención de naturaleza clínica con
- 1.3 farmacoterapia y electrochoques. Inexistencia de programas de atención y
- 1.4 orientación a la familia. Carencia de revisión periódica interdisciplinaria de casos.
- 1.5 Carencia de normas de control de calidad en la atención.
- 1.6

2. Atención interdisciplinaria e integración social

- 2.1 Los pacientes no cuentan para su atención, con profesionales en fisioterapia, psicología, ginecología y otros que sean necesarios.
- 2.2 Inexistencia de programas para la integración.

3. Situación jurídica

- 3.1 Ausencia de identificación (cedulación, por lo tanto de capacidad jurídica)
- 3.2 Ausencia de defensa pública
- 3.3 Problemas en la capacidad de actuar
- 3.4 Problemas en las medidas de aplicación de seguridad.

4. Derechos civiles y políticos

- 4.1 No se garantiza el derecho a la libertad. Manejo inadecuado de las medidas de seguridad. No
- 4.2 hay privacidad. No tienen lugares donde guardar las pertenencias. Existe inaccesibilidad para
- 4.3 que el paciente recurra a la subcontratación de servicios y poder quejarse. Existe agresión a
- 4.4 pacientes. Existe esterilización involuntaria. El paciente no puede opinar acerca de su
- tratamiento. No se le informa al paciente sobre el tratamiento que está recibiendo.

4.5 *Derechos Humanos de las personas con enfermedad mental*

4.6 *en el Sistema de Salud de Costa Rica*

4.7

4.8

- 4.9 No se ofrecen condiciones para el desarrollo de la sexualidad.
- 4.10 Los dormitorios son reducidos y los comedores son inhóspitos.
- 4.11 Existe poca seguridad en casa de emergencia por catástrofe.

5. Derechos económicos, sociales y culturales

- 5.1 No existen servicios educativos
- 5.2 No existe capacitación adecuada para el trabajo
- 5.3 Existe un contrato de aprendizaje y no de trabajo- Tramo muy mal remunerado.
- 5.4 Carencia de Programas Culturales y Deportivos.

6. Derecho a la solidaridad social-

- 6.1 Poca participación de las "ONG" de derechos humanos.
- 6.2 No existen comisiones de los Colegios de Enfermeras, Médicos, Psicólogos, Trabajadores Sociales. Odontólogos y otros para analizar la situación de los finitimos.
- 6.3 Abandono de muchos/as pacientes por parte de sus familiares.
- 6.4 Existe un rechazo de la comunidad a que pertenecen.
- 6.5 Desconocimiento de la normativa jurídica de protección de los derechos humanos

Nota: Podemos agregar otras situaciones conocidas por el grupo y que no están incluidas en este listado.

INDICE DE ABREVIATURAS UTILIZADAS EN LAS TABLAS

AFyUsuarios	Asociación de Familiares y usuarios de servicios de salud
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
CNREE	Conseja Nacional de Rehabilitación y Educación Especial
DSM-CCSS	Departamento de Salud Mental de ta CCSS
EBAIS	Equipo Básico de Atención de Salud
HNP	Hospital Nacional Psiquiátrico
HChP	Hospital Chacón Paut
iLANUD	Instituto Latinoamericano de Naciones Unidas para ta Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente
INS	Instituto Nacional de Seguros
MC	misterio de Cultura
MEP	Ministerio de Educación Pública
MTSS	Ministerio de Trabajo y Seguridad Socia(
ONG	Organización no Gubernamental

i aTEvrCIoN psIQMAT~

Criterio	Estado Actual	Acciones a Corto Plazo	Posibles Estrategias	PO~ - , responsables de la coordinación
No se cubren las necesidades de la población pocas posibilidades de atención no institucionalizada	No se cubren las necesidades de la población por pocas posibilidades de atención no institucionalizada	Atención en 3 niveles w descansados. 1. Atención a nivel primario 2. Atención a nivel secundario 3. Hospital psiquiátrico Requisitos: Diagnóstico de situación de la población Necesidad de personal técnico intermedio Mejorar capacidad resolutoria de EBEUS Capacitación en todos los niveles Enfermeras capacitadas Apertura de las altas autoridades de los hospitales descentralizadas y regionales Entes administrativos Directores Regionales CCSS	CCSS EBAH' Directores regionales CCSS	Médico general Áreas de enfermería y otras Entes administrativos y directores hospitalarios
	ausencia de voluntad política	Ausencia de ejercer presión Compromisos de gestión en los hospitales Realizar reunión con directores de hospitales descentralizados.		
servicios de atención de naturaleza clínica con farmacoterapia y electrochoque	Servicios de atención de naturaleza clínica con farmacoterapia y electrochoque	Necesidad de estudios e investigación nacional sobre utilización de electrochoques. Revisar protocolo para su aplicación. Atención a nivel local - social versus fármacos. Integración a la comunidad. Reforzar atención a nivel primario. Necesidad de consentimiento informado al paciente Mejorar procedimientos	Hospitales y clínicas	CLAREE, hospitales
inexistencia de programas de atención y orientación a la familia	Inexistencia de programas de atención y orientación a la familia	Información a familiares, ONG, para prevención crisis. Programas de divulgación a nivel de medios de comunicación	Asociaciones, ONG, familias. CCSS Medios de comunicación	CCSS, Hospitales, Clínicas CNREEE Defensoría de los Habitantes República
Carencia de revisión periódica interdisciplinaria de casos	Carencia de revisión periódica interdisciplinaria de casos	Necesidad de capacitación de funcionarios de trabajo en equipo Participación transdisciplinaria de equipo	Profesional de equipo más personal de los hospitales	

ATENCIÓN INTERDISCIPLINARIA E INTEGRACION SOCIAL

Criterio	Estado Actual	Acciones: a Corto Plazo	P-ibles participantes	Potsrrelss responsables de la coordinación
Ex Lo- pacientes no cuentan para su atención, con profesionales en fisioterapia, psicología, ginecología y otros que sean necesarios	Lo- pacientes no cuentan para su atención, con profesionales en fisioterapia, psicología, ginecología y otros que sean necesarios	Atención requerida primordialmente en el Chatón Paut.	HGhP	CCSS CNREEE
Inexistencia de programas para la integración,	Ausencia de integración de programas a nivel social	Atención niñas adolescentes en un centro especializado Integración de los padres de familia. Educación, terapia Proyecto futuro Hospital Nacional Psiquiátrico		CCSS Hospital Nacional Psiquiátrico CNREEE

SITUACION JURIDICA

Criterio	Estado Actual	Acciones a Corto Plazo	Posibles errtas participantes	Poiterrxialea responsables de la coordinación
Ex Ausencia de identificación personal (cedulación, por lo tanto de capacidad jurídica)	No existen políticas definidas sobre cxtdulacibn. En el Hospital Psiquiátrico se ha hecho por iniciativa del Departamento de Enfermería, continuado por fa Dra. Rosa Villalobos. Persiste población que no tiene cédula en ambos hospitales Algunos/as pacientes en el documento de la cédula se tes consigna como inhábiles	Solicitar a las instituciones, mantener un Banco de datos con generalidades de cada paciente incluyendo número de cédula. Levantar censo de pacientes mayores de 78 años que no tienen partida de nacimiento. Realizar censo cada año. Solicitar al Registro Civil personal especializado. Solicitar Trabajador Social para el Hospital Chatón Paut	CCSS Registro Civil Asociaciones de pacientes y usuarioslas	Departamento de Salud Mental de CCSS CNREEE Dirección General de Registro civil Juntas) Directivas) de asociación de parientes y usuarios
Ausencia de Defensa Pública	La población del hospital Psiquiátrico es de 2 tipos: 1. Los/las que tienen medida de seguridad 2. La población que no ha incurrido en delitos'	Informar a los/las pacientes de sus derechos como tener OefensoNa Públiao/a o Privadolola.	CCSS ` Poder Judicial	Director(a) de la institución Juez de familia
Ausencia de Defensa Pública	Existe el servicio de defensa pública para curatela y para medidas de	Que las autoridades de los hospitales comuniquen al Juzgado de Familia los internamientos involuntarios	Hospital Juzgado de familia	Dirección Médica Juez de Familia Defensor/a de Familia

El concepto de defensor público, se amplía conforme a los principios de las Naciones Unidas, ya que cualquier permiso en estado de indefensión deberá contar en el proceso de curatela a un defensor público gratuito.

Derechos Humanos de la persona con enfermedad mental en el Sistema de Salud de Costa Rica

		obligación de iniciar los trámites correspondientes. Solicitar plazas de defensores públicos al Poder Judicial		
Problemas de la capacidad de actuar.	Por su condición psicológica no tienen capacidad de actuar.	Nombrar un curador	Director o directora de cada uno de los hospitales	Director o directora de la institución. Juez de familia.
Problemas en las medidas de aplicación de seguridad	Existe una comisión CCSS Poder Judicial estudiando la problemática.	Solicitar a dicha comisión información para no duplicar funciones	CCSS Poder Judicial	Directora) de los hospitales. Poder Judicial

DERECHOS CIVILES Y POLITICOS

critério Experto	Estado Actual	Acciones a Corto Plazo	Posibles erréas participantes	Potenciales responsables de la co-nacibn
No se garantiza el derecho a la libertad.	Se hace referencia: a) Al internamiento involuntario, así como al solicitado por el/la paciente. b) A la libertad de consentir un tratamiento. c) A la libertad de escogerla terapia ocupacional de acuerdo a sus intereses	Revisar los derechos de los pacientes, parece que no se violen	Sección Jurídica de la CC3S, en (a coordinación con el DSM	Departamento de Salud Mental de la CCSS
No se ofrecen condiciones para el desarrollo de la sexualidad.	No se ofrecen condiciones para el desarrollo de la sexualidad.	Realizar un plan para implementar las condiciones en el que se incluyan la reglamentación y directrices. Planta física. Educación sexual a los pacientes	Hospital CNREEE	
No hay privacidad. No tienen lugares donde guarda las pertenencias.	No hay privacidad. No tienen lugares donde guarda las pertenencias.	Estudiar posibilidad de mejorar sus condiciones de vida	Direc- as de los Hospitales	Departamento de Salud Mental de la CCSS
Los dormitorios son reducidos y los comedores son inhóspitos	Los dormitorios son reducidos y los comedores son inhóspitos. Existe el problema en el Hospital Chacabn Paut	Darle seguimiento el estudio técnico	Dirección Regional (Arg. o Ing). Defensoría de los Habitantes	Ingenieros. Marielos Barahona
Existe poca seguridad en caso de emergencia por catástrofe	En el Hospital Nacional Psiquiátrico se siguieron las recomendaciones de la Comisión de Emergencias. Persisten algunas deficiencias en la implementación de las recomendaciones.	Pedir al INS un dictamen técnico sobre las condiciones de seguridad. Capacitar al personal para el manejo de situaciones de -encias.	Hospital INS Comisión de Emergencias del Hospital	Administración del hospital Representante del INS en Consejo de Rehabilitación,
Existe agresión a pacientes	Si existe entre los mismos pacientes y en casos esp- cos del personal muy difíciles de	Capacitación a los pacientes y al personal para del- abusos. Colocar buzones de quejas y conferencias	Dirección Médica Visite periódica de Defensoría de los Habitantes	De- gnsoría de los Habitantes. Delegación de la Mujer PANTAMOR

Dara- Hanrws de ás peraawa cnn e#- rrfedad,
en "1 Sh- de Salud des Cosór Allc"

comprobar.	Visitas periódicas de la Defensoría de los Habitantes	Jefes de Servicio ONG PANIAMOR SER Y CRECER Delegación de la Mujer	
Existe esterilización involuntaria			
El paciente no puede opinar acerca de su tratamiento.			
No se le informa Si lo solicita se le afila paciente otorga información. sobre el Se agrava la tratamiento que situación por falta de está recibiendo curadores/as	Elaboración de políticas claras y divulgación de las mismas	Dirección del Hospital ---Médicos Subcontraloría de Servicios	
Problemas en la aplicación de las medidas de seguridad. Adaptación social como este incorporando de ta ejecución de las medidas de seguridad no cuenta con una infraestructura adecuada para mantener a las personas con medida de seguridad, por lo cual las remite al Hospital Nacional Psiquiátrico o las deja en el Centro Penitenciario, atentando contra la seguridad de usuarios/as y funcionarios/as. Ausencia de control de medidas de seguridad externas, Ausencia de políticas de coordinación interinstitucional que repercuten en la aplicación de las medidas.	Convocar a reunión de la Comisión Mixta de Medida de Seguridad. Que los hospitales envíen lista de medidas de seguridad a la Defensoría Pública, al Ministerio Público, Adaptación Social. Solicitar a Adaptación Social que abra un pabellón psiquiátrica forense a los establecimientos educativos que menciona la Ley para la aplicación de la medida.	Hospitales Adaptación Social Poder Judicial Juzgado de Ejecución Defensa Pública Ministerio Público	Jefaturas de Sección de Corta y Larga Estancia Trabajadores Sociales

DERECHOS ECONOMICOS, SOCIALES Y CULTURALES

criterio Experto	Estado Actual	Acciones a Corto Plazo	Posibles entes participarrtas	Potenciales responsables de la coordinaalón
No existen servicios educativos	No existen servicios educativos para: a) Pacientes de larga estancia b) Familiares c) La comunidad	Definición de políticas institucionales en educación y sensibilización del personal Programa continuo de alfabetización. Programa de información y capacitación a personas o familias Programa de proyección comunitaria	MEP CCSS CNREEE ONG AFyUsuarios	Hospital Nacional Psiquiátrico Hospital Chacón Paut
No existe capacitación adecuada para el trabajo	No existe capacitación adecuada para el trabajo	Estudio diagnóstico de los talleres de Terapia Ocupacional. Creación de micro empresas mixtas (hombres/mujeras). Aplicación de la Ley 7600 Res iso	CCSS CNREEE HNP	Hospital Nacional Psiquiátrico
	Ausencia de oportunidades laborales para la población internada y ambulatoria	Aplicación de la Ley 7600 (Resp-empleo) Establecimiento de estándares mínimos Tranformacón de la terapia de entretenimiento el desarrollo de microempresas, talleres protegidos y apoyo en fas iniciativas de los SILOR (servicios locales integrados de rehabilitación del CNREEE	CCSS CNREEE INA Ministerio de Trabajo	
	Existe un contrato de aprendizaje y no de trabajo. Trabajo muy mal remunerado	Estudio de incentivos		HNP/CNREEE/HChP
	No se cubren las necesidades de la población periférica	Estudio de necesidades de apoyos Que se cumpla el derecho referido al 596 de las camas hospital. Establecimiento de albergues diurnos y temporales, residencias, hogar de día con atención interdisciplinaria	HNP DSM-CCSS Asoc. de Fam. Y pacientes Ministerio de Trabajo INA MEP	CNREEE

DERECHO A LA SOLIDARIDAD SOCIAL

critério ~ Es~ Actual Experto	Accione* a Corto Plazo	Posibles entes participantes	Potenciales responsables de la coordinación i
Poca participación de las ONG de Derechos Humanos y de los grupos de usuarios	Invitar a los grupos de usuarios y alas ONG a proyectarse Fomentar organizaciones de familiares. Capacitación de recurso humanos Fomentar la atención interdisciplinaria y la evaluación periódica de los pacientes principalmente los "Crónicos". Establecimiento de normas de control de calidad Apertura de plazas para profesionales en todas la regiones del pala.	CCSS USM CNREEE ONG Derechos Humanos Grupo de Usuarios	Departamento Salud Mental CCSS
No existen comisiones de los Colegios de Enfermeras, Médicos, Psicólogos, Trabajadores Sociales, Odontólogos y otros para analizar la situación de los internos	Invitar a los cuerpos colegiados a seminarios donde se analice la importancia que tienen las comisiones para el estudio de las necesidades de las personas con trastornos emocionales.	CCSS DSM Colegios Profesionales CNREEE	Departamento de Salud Mental
Abandono de muchos pacientes por parte de sus familiares	Aplicación de la legislación vigente. (Código Fam./Ley 7600) Contrataciones de servicios jurídicos en los hospitales Prevención	CNREEE CCSS CCSS	CCSS CCSS
Existe un rechazo de la comunidad a que pertenecen.	Programas de información y capacitación sobre la normativa jurídica. Campañas de información sobre derechos humanos de la persona con trastornos	CCSS ILANUD CNREEE	CCSS Depto. Salud Mental

*SESION/1'ALLER DEL CLAREE : DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS CON
TRASTORNOS EMOCIONALES*

FECHA : 2-I 0-97
SEDE: CLAREE, HEREDIA

NOMBRE	APEL_VDOS	INSTITUCION QUE REPRESENTA
Ricardo	- Vstverdé Vega	CLAREE
Ana Isabel	UM.oa Bo ntes	CLAREE
Dando	Salas Herrera	Min. Trabajo
Roberto	L Core	H . Nac. ' ' frico
Ma	Meza Benavides	ta. Sakrd MentefiUCR
Alexarrdra	Ortiz Vargas	ci~ 89~
Ofiva	Brenes ArrioNni	Hoz. Nac. '
Mario Alberto	Buzo Cardozo	CCSS HCHP
Marieta	Quesada	CLAREE
Lucxecia	morales	ACODEM
Rosette	Kleiman	CLAREE
Catalina	Mortero	CLAREE
Marcela	Quesada Bonüta	Asoc.
- Re	Bu' n Arias	CCSS Gerencia Perr~
José Edwin		Min. Crrláaa, Juventud es
Jesús Ramón	Chavas Ramírez	Registro Cid
Gerardo	V frenes	AMDEE
Francisco	Montero	CCSS
Rosa María	Vida~ Rodr z	HNP
María de los	C Hernández	HNP Enfermería
Jorge	Echeverría Mwra	HNP
V'rvian	Jiménez ar	HNP
Guarí	Vargas izar	ILANUD
Alexis	Carva'al Var s	CLAREE
Mitz;	Alvarez	ACODEM
Nice	Chk~ Núñez	AMDEE
Zoraida	Ro' de Bolañrrs	Asodación Femenina
Bárbara	Holst	CLAREE
G	Arce Arenales	.Saká Mental CCSS
Rodrigo	Jiménez Sandoval	ftANTfD
Roxana		UCR
Roxana		CLAREE
Carlos	Montero	!ÑA
Mauricio	Ver Porto	PUSC. Sector Salud
Jeannette		ACODEM
María (sabe!	V ~z	NHP
R«;io	VMverde	tJACA
Yamilefh	Quesada	Fón Problemas s Aprencizaje
Tatiana	Rodrt z	De%risora Pública
R '	Oviedo Salazar	Chacás Paut
Pete	Catvález	OPS

**RESUMEN DE RESULTADOS DEL ESTUDIO REALIZADO POR LA COMISION
AD-HOC (DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL CCSSIHOSPITAL NACIONAL
PSIQUIÁTRICO) SOBRE EL ANÁLISIS DEL GRADO DE CUMPLIMIENTO DE
LAS NORMAS DE TRATAMIENTO ELECTROCONVULSIVO (TEC) EN EL
HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO**

Introducción

Con fundamento en la necesidad de revisión y actualización de las normas de tratamiento electroconvulsivo se conformó una comisión ad-hoc¹ integrada por

Dr, Jorge Echeverría Murray, Subdirector HNP, coordinador de la comisión
Dr. Carlos Zoch Zannini, Jefe de Sección
Dra. Rosa María VíHalobos, Jefe de Sección
Dr. José de Jesús Picó Costero, Médico Psiquiatra
Dra. Flor de María Vásquez Suárez, Médica Anestesióloga
Dr. Augusto Jara Aguilar, Médico Psiquiatra
Dra. Lila Sotórzano Sandoval, Médica Psiquiatra
Licda. Betty Oviedo Porras, Subdirectora de Enfermería
Dr, Gary Arce Arenales, Médico Psiquiatra, Departamento de Salud Mental

Con el fin de analizar el cumplimiento de la normativa vigente en el hospital la comisión decide realizar un estudio de una muestra de 50 pacientes a los cuales se les trató con TEC en el período comprendido entre el 1 ° de mayo y el 31 de octubre de 1997. La información sobre cada paciente incluido en el estudio se recopiló por medio de un cuestionario que se adjunta, el cual se completó revisando el expediente clínico respectivo.

Resultados²

Características sociodemográficas y antecedentes psiquiátricos

La muestra de pacientes analizada estuvo constituida por 27 mujeres y 23 hombres con una edad promedio de 38.9 años. El número promedio de ingresos previos fue de 6.7

Predominan los/las pacientes solteros/las, seguido de toallas casados/as. El 48% son de la provincia de San José. Alrededor de la mitad han cursado estudios primarios. El 25% de la muestra eran amas de casa, seguido de los/las pensionados/as (4%), agricultores (4%) y otros. Mas de la mitad (66%) provenían de pabellones de corta estancia- El diagnóstico más frecuente fue esquizofrenia (44%). Para información detallada las características de los/las pacientes véase Tabla 1.

Indicación de TEC

Cabe destacar que en 14 de los/las 50 pacientes no se documenta la razón por la cual se indicó el TEC.

² Oficio DG 502-97 del 6 de octubre de 1997. Hospital Nacional Psiquiátrico Asunto : Comisión ad-hoc para la reglamentación de TEC.

¹ Se presenta un resumen de los resultados preliminares obtenidos el cual fue elaborado por el Dr. Gary Arce y Dr. Francisca Montero del Departamento de Salud Mental de la CCSS
Derechos Reservados de las publicaciones con el nombre de la Organización en el Sistema de Salud de la Costa Rica

En 16 casos, se indica el TEC argumentando deficiente respuesta al tratamiento farmacológico, pero a 7 de ellos se les indicó el TEC luego de 8 o menos días de haber sido internados, lo cual no es suficiente tiempo para declarar una deficiente respuesta al tratamiento farmacológico.

De esta manera, 21 pacientes (42%) no cumplían con la documentación de los criterios específicos de indicación de TEC.

Llama la atención que a 32 (74%) de los/las 43 pacientes que estaban internados/as en UTI o en pabellón de corta estancia, se les inició el TEC 8 días o menos después de haber sido internados. En este mismo grupo de 43 pacientes, el promedio de días de internamiento previos al inicio del TEC fue de 8.7 días. Ambos datos permiten observar que la decisión de indicar TEC se realiza con mucha rapidez.

Seguimiento del TEC

En 28 de los 50 pacientes no se documenta valoración médica diaria de seguimiento durante la serie de TEC, incumpliendo con ello la normativa vigente en el Hospital Nacional Psiquiátrico (HNP)

Consentimiento informado

Unicamente 6 pacientes del total de pacientes estudiados/as habían cumplido con el requisito de consentimiento informado mediante la firma de una fórmula específica. De los 6 casos, en 3 de ellos el consentimiento fue obtenido por medio de un familiar. Sobresale el hecho que el 88% de los/las pacientes recibieron TEC sin consentimiento informado.

TABLA 1 Características de los/las pacientes estudiados.

Categorías	Frecuencia Absoluta
Sociodemográficas	
Sexo Masculino	23
Femenino	27
Edad promedio 38.9 años	
Estado civil	
Soltero (a)	31
Casado (a)	12
Unión libre	3
Divorciado (a)	2
Viudo (a)	2
Provincia de procedencia	
San José	24
Cartago	6
Heredia	
Alajuela	
Puntarenas	
Guanacaste	3
Limón	2
Escolaridad	
Analfabeta	2
Enseñanza especial	1
Primera incompleta	11
Primaria completa	17
Secundaria incompleta	12
Secundaria completa	3
Estudios Superiores	
Ocupación	
Agricultor	
Operario	3
Profesar	1
Odontólogo	1
Pensionado	6
Ama de casa	12
Desocupado/a	23
Lugar de internamiento	
Pabellones de corta estancia del HNP	33
	7
Pabellones de larga estancia del HNP	10
Unidad de cuidados intensivos del HNP	
Diagnóstico	
i Esquizofrenia	22
~	
Trastorno Esquizo-afectivo	
' Brote psicótico	
j Trastorno afectivo bipolar	
Retardo mental	3
'~ Trastorno depresivo	
Trastorno craneoencefálico	1

Exoneración de responsabilidad en fa hoja de admisión y egreS04

Esta exoneración no expresa en realidad el consentimiento informado por cuanto no especifica los tipos de tratamiento, procedimientos, exámenes, entre otros por los cuales está firmando ella paciente o familiar, sin que medie ningún tipo de información al respecto.

Del total de la muestra estudiada, 16 expedientes tenían formulada la exoneración citada, 15 por familiares y una por el mismo paciente, 4 pacientes del total, tenían firmadas ambas hojas (exoneración y fórmula específica).

De los/las 50 pacientes estudiados/as, 32 (64%) no tienen ni la fórmula específica de consentimiento informado, ni la exoneración de responsabilidad de la hoja de admisión y egreso. En la muestra se encuentra una paciente menor de edad (16 años) quién no tiene firmada la fórmula específica de consentimiento informado.

Conclusiones

La aplicación del tratamiento electroconvulsivo en el HNP presenta deficiencias relacionadas con los criterios de aplicación del mismo. En lo que respecta a la valoración médica de seguimiento, en más de la mitad de los/las pacientes expuestos/as a ese procedimiento, se incumple la normativa intrahospitalaria establecida. La obtención del consentimiento informado se realizó únicamente en un 12% de los/las expuestos/as al tratamiento. En un 64% de los casos no se firmó ni la fórmula específica de consentimiento informado, ni la exoneración de responsabilidad.

" autorizo al personal de la Caja Costarricense de Seguro Social para que durante mi hospitalización se me apliquen los procedimientos médicos y quirúrgicos necesarios, de diagnóstico clínico y de gabinete, de laboratorio o anatomopatológicos que sean útiles para el diagnóstico, tratamiento y recuperación de mi salud. A la vez exoneró de responsabilidad al mismo personal por las complicaciones naturales que podrían presentarse al realizar estos procedimientos. Del mismo modo autorizo a la institución para que se lleven a cabo los procedimientos neoscópicos necesarios para el reconocimiento de mi enfermedad, a fin de evitar riesgos de contagio y facilitar la protección futura a la salud de mis familiares allegados y de la comunidad. Firma voluntariamente a los días del mes de..... de 199..... No. de cédula Testigos"

Derechos Reservados de las personas con enfermedad mental
en el Sistema de Salud de Costa Rica

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
 HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO
 COMISION AD HOC PARA EL ESTUDIO DEL TEC
 FORMULARIO DE GATOS PARA ANÁLISIS

1. Nombre (Iniciales) _____ 2. Sexo: masc. () Fem. ()
3. No. de expediente _____ 4. Edad : _____
5. No. de ingresas previos _____

Pabellón de Corta Estancia
 Pabellón de larga Estancia
 UTI
 Ambulatoria

6. Procedencia: Provincia: _____ Cantón _____
7. Estado Civil : Soltero
 Casado
 Divorciado
 Unión libre ()
 Viudo

8. Escolaridad

Analfabeta ()
 Primaria incompleta ()
 Primaria completa ()
 Secundaria incompleta ()
 Secundaria completa ()
 Estudios Superiores ()
 Otros ()

9. Ocupación

10. Diagnóstica _____

11. Indicación de TEC. Fecha de la Indicación del TEC

Necesidad de respuesta rápida
 Otros tratamientos sobrepasan riesgos de TEC
 Deficiente respuesta a medicamentos
 Buena respuesta a TEC en episodios previos
 Condición física del paciente se deteriora
 No explica porqué se indica el TEC
 Otras

12. Existe

A. Fórmula específica de consentimiento informado : si () no ()
 En caso afirmativo, ésta fue firmada por

Familiar ()
 Paciente ()
 Representante autorizado ()

B. Autorización de exoneración de responsabilidad en ta
 Hoja de Admisión y Egreso : si () no

En caso afirmativo, ésta fue firmada por

Familiar ()
 Paciente ()
 Representante autorizado ()

13. Evaluación pre TEC

Cumple requisitos de valoración psiquiátrica	si	no
Valoración física completa	si	no
Exámenes de laboratorio	si	no
Mayor de 45 años, valoración por medicina interna	si	no

14. Valoración diaria de seguimiento

15. Número de días de internamiento antes de recibir el primer
 TEC

16. Número de TEC aplicadas