

Salud mental y derechos humanos: un nuevo enfoque

Javier Vásquez, José Miguel Caldas de Almeida*

I. Introducción.

Las personas con discapacidades mentales muy frecuentemente son víctimas de violaciones flagrantes y sistemáticas de derechos humanos tales como el tratamiento cruel, inhumano y degradante o son detenidas en instituciones psiquiátricas, bajo condiciones de vida deplorables que afectan negativamente su salud e incluso pueden llegar a poner en peligro su propia vida¹. Esta situación ha requerido que organismos regionales e internacionales de derechos humanos tales como la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH)² tomen acciones inmediatas con la finalidad de proteger la vida, la integridad física, psíquica y moral y otros derechos humanos y libertades fundamentales de miles de adultos y niños que se encuentran institucionalizados o abandonados en las calles.

A pesar de algunos avances importantes alcanzados durante los últimos 15 años en el desarrollo de la reforma psiquiá-

trica en países de Latino América y el Caribe, los servicios de salud mental en éstos países continúan presentando deficiencias muy significativas tanto en términos de accesibilidad como de calidad. Un número considerable de países han formulado políticas y planes nacionales de salud mental pero su grado de implementación ha sido extremadamente limitado en la mayoría de los casos (solamente 3 países han implementado más del 50% de su programa nacional)³.

En algunas ciudades se han desarrollado experiencias innovadoras de gran calidad y creatividad (Campinas en Brasil; Río Negro en Argentina; Hidalgo en México y la ciudad de Belice en Belice son algunos ejemplos). No obstante, estas experiencias casi siempre se han limitado a una aplicación local, sin un impacto significativo a nivel nacional. Las únicas excepciones son, quizás, el caso de Chile, donde se ha iniciado la implementación sistemática y exitosa de un plan nacional de salud mental; y el caso de Brasil, donde desde hace varios años existe una política nacional de salud mental consistente y con una influencia nacional considerable (aunque desigual a nivel de los distintos Estados).

Para la mayoría de las poblaciones de los países de Latino América y el Caribe, la atención psiquiátrica disponible continúa centrada en los hospitales psiquiátricos tradicionales, instituciones de características predominantemente asilares y frecuentemente localizadas en zonas aisladas de la comunidad. La atención de salud mental ha empezado a integrarse en la atención primaria en prácticamente todos los países pero esta integración ha sido generalmente muy lenta. Solamente en 26% de los países analizados en el Proyecto Atlas (Latino Amé-

*Unidad de Salud Mental y Programas Especializados, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., EE.UU.

¹Ver Informe sobre la Salud en el Mundo 2001, "Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas", Organización Mundial de la Salud (OMS), p. 51, Recuadro 3.2 (2001).

²La CIDH fue establecida en 1959 y su estructura actual se rige entre otros documentos por la Convención Americana sobre derechos humanos. La Comisión tiene sus oficinas en la ciudad de Washington, D.C. Una de sus principales funciones es atender las denuncias o peticiones de personas, grupos de personas u organizaciones que alegan violaciones de los derechos humanos cometidas en los Estados miembros de la Organización de Estados Americanos (OEA). Entre otras de sus funciones se encuentran las visitas in loco a los Estados de la OEA, la celebración de audiencias, la emisión de informes sobre derechos humanos y la adopción de medidas cautelares cuando la vida o integridad personal de alguna persona está en serio peligro. La OPS, en su calidad de organismo interamericano de salud pública, actualmente colabora técnicamente con la CIDH en la protección de los derechos humanos de las personas con discapacidades, personas portadoras del virus VIH/SIDA y de los adolescentes en el contexto de salud pública a través de talleres de capacitación, audiencias generales, elaboración de estándares, visitas a instituciones psiquiátricas y formulación de opiniones técnicas sobre derechos humanos y salud pública. Para mayor información ver <http://www.cidh.org>

³Ver Proyecto ATLAS, Latino América, Organización Panamericana de la Salud, Washington D.C., 2004. Este Proyecto analiza, entre otros aspectos, los recursos financieros y humanos, instrumentos y estructuras disponibles para el área de salud mental en 19 Estados (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela).

rica), se encuentra más del 25% de la población recibiendo atención de salud mental al nivel de la atención primaria⁴. Los servicios de salud mental en la comunidad son muy escasos y el número de unidades de internamiento psiquiátrico en los hospitales generales es también muy reducido⁵.

La falta de recursos económicos ha sido uno de los principales obstáculos en el desarrollo de las reformas de salud mental las cuales precisamente son promovidas con el objetivo de cambiar radicalmente la inaceptable situación arriba mencionada con relación a la atención psiquiátrica disponible. De los 12 países de Latino América que tienen un presupuesto específico de salud mental, 10 asignan a la salud mental menos del 2% del presupuesto global de la salud⁶. Sin embargo, esta falta de recursos es solamente uno de los factores responsables de la situación que prevalece en Latino América y el Caribe, la cual generalmente se encuentra asociada a otros aspectos igualmente importantes tales como el estigma vinculado a las enfermedades mentales; la falta de apoyo del poder político; y la insuficiente capacitación de los profesionales en la utilización de las intervenciones más modernas de salud mental.

La deficiente calidad de los servicios de salud mental y la violación a los derechos humanos de las personas con enfermedades mentales son dos problemas inseparables, que se complementan mutuamente. No debemos sorprendernos, por lo tanto, que tal y como ha señalado la CIDH, las personas con discapacidades mentales representen a un grupo especialmente vulnerable cuyos derechos básicos y libertades fundamentales son violados –en muchas ocasiones– arbitrariamente⁷.

⁴Id.

⁵Id.

⁶Id.

⁷En Abril de 1999, La CIDH aprobó por primera vez un informe referente a una persona con discapacidad mental conocido como "el caso de Victor Rosario Congo". En este Informe, la CIDH se refirió a las personas con discapacidad mental como un grupo especialmente vulnerable. La CIDH concluyó que el Estado de Ecuador había violado el derecho de Victor Rosario Congo a su integridad física, a la vida y a la protección judicial. La Comisión también coincidió con la posición de la Corte Europea de Derechos Humanos según la cual, el estado de salud de la víctima es un importante factor para determinar si la misma ha sido sometida a un tratamiento cruel, inhumano y degradante y que la detención de una persona con discapacidad mental, bajo condiciones deplorables y sin el debido tratamiento médico, puede constituir tratamiento inhumano y degradante (prohibido por el Artículo 5.2 de la Convención Americana sobre derechos humanos). Ver Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe No. 29/99, Caso 11.427, adoptado por la Comisión en su Sesión 1424, OEA/Ser/L/VII.102, Doc.26, 9 de marzo de 1999.

De acuerdo a la OMS⁸, a la OPS⁹ y a la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas¹⁰ los derechos humanos y libertades fundamentales más frecuentemente violadas en el contexto de hospitales psiquiátricos y de personas con discapacidades mentales incluyen el derecho a ser tratado con humanidad y respeto, el derecho a una admisión voluntaria en instituciones psiquiátricas, el derecho a la privacidad, la libertad de comunicación, el derecho a votar, el derecho a recibir tratamiento en la comunidad, el derecho a dar el consentimiento informado antes de recibir cualquier tratamiento, el derecho a apelar ante un tribunal independiente e imparcial que determine la legalidad de la detención en una institución psiquiátrica, el derecho a las garantías judiciales, el derecho al trabajo, el derecho a la seguridad social, el derecho al disfrute de salud física y mental y el derecho a la educación, entre otros.

Con relación a las condiciones de vida en las instituciones psiquiátricas de Latino América y el Caribe, con frecuencia Organizaciones No-Gubernamentales han observado maltrato físico, salas sin luz y ventilación adecuada, sin muebles para colocar pertenencias, techos y puertas deterioradas y baños sin la privacidad necesaria o condiciones higiénicas dignas¹¹. Las condiciones de privacidad e higiene en salas y baños están íntimamente relacionadas con el derecho que tienen las personas internadas en hospitales psiquiátricos a que se respete su integridad física, psíquica y moral; derecho que a su vez está protegido por distintos instrumentos internacionales de derechos humanos a los que se hará referencia más adelante.

⁸Supra, Nota 1.

⁹Diagnóstico sobre el estado de los Derechos humanos de las personas con enfermedad mental en países de Centro América, Informe Final, Tegucigalpa, julio 1998, OPS/OMS. Este informe se refiere a la situación de las personas con trastornos mentales en 5 países: Costa Rica, El Salvador, Honduras, Nicaragua y Panamá.

¹⁰Naciones Unidas, Consejo Económico y Social, Comisión de Derechos Humanos, Sub-Comisión para la Prevención de la Discriminación y Protección de Minorías; E/CN.4/Sub.2/1983/17, p. 24-27 (Relatora Especial Erica Irene Daes). Ver también la Observación General No. 5 (1994) sobre Personas con discapacidad, adoptada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su 11º período de sesiones, 9 de diciembre de 1994 y el Comentario General No. 14 (2000) (E/C.12/2000/4) sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), adoptado por el Comité de derechos Económicos, Sociales y Culturales en su 22º período de sesiones del 25 de abril al 12 de mayo.

¹¹Ver Derechos Humanos y Salud Mental en México, Mental Disability Rights International (MDRI), Washington D.C. 2000 y Derechos Humanos y Salud Mental en el Uruguay, Mental Disability Rights International (MDRI), Washington College of Law, American University, 1995.

De acuerdo a la OMS, las condiciones de vida en instituciones psiquiátricas son un aspecto muy importante a ser considerado para resolver los problemas de la salud mental, pues "...generan violaciones de los derechos humanos y cronicidad..."¹² En este sentido, la antigua Comisión Europea de Derechos Humanos (hoy Corte Europea) al igual que la CIDH también ha tenido en cuenta las condiciones de vida en instituciones psiquiátricas para determinar si los Estados han cometido tratamiento inhumano y degradante¹³.

Es oportuno resaltar que los instrumentos generales para la defensa de los derechos humanos protegen a todas las personas, sin distinción alguna por motivo de raza, color, sexo, idioma, religión, afiliación política, origen nacional, extracción social, posición económica o "cualquier otra característica", tal como señala el artículo 1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (en adelante Convención Americana). Consecuentemente, las personas con discapacidad mental se encuentran protegidas por instrumentos generales tales como la Declaración Universal de Derechos Humanos¹⁴; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos¹⁵; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales¹⁶; la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre¹⁷, la Convención Americana¹⁸, su Protocolo Adicional en materia de derechos económicos, sociales y culturales (en adelante Protocolo de San Salvador)¹⁹, y la Convención Europea para la Protección de Derechos Humanos y Libertades Fundamentales²⁰, entre otros.

¹²Supra Nota 1, p. 50.

¹³Ashingdane v. United Kingdom, Application No. 8225/78, Series A No. 93, 6 E.H.R.R. 69 (1984).

¹⁴A.G. Res. 217 A (III), ONU Doc. A/810 p. 71 (1948).

¹⁵A.G. Res. 2200, 21 ONU GAOR Sup. (No.16) 52, ONU Doc. A/6316 (1966). Entró en vigor el 23 de marzo de 1976 y 85 Estados la han ratificado.

¹⁶A.G. Res. 2200A(XXI), 21 ONU GAOR Sup. (No. 16) 49, ONU Doc. A/6316 (1966). Entró en vigor el 3 de enero de 1976 y 88 Estados lo han ratificado.

¹⁷199 OEA res. XXX. OEA/Ser.L.V/182 doc. 6 rev.1, p.17 (1992).

¹⁸OEA, Off. Rec., OEA/Ser.L./V.II.23 doc. 21 rev. 6 (1979). Entró en vigor el 18 de julio de 1978 y 25 Estados la han ratificado.

¹⁹OEA, No. 69 (1988), suscrito el 17 de noviembre de 1988, Documentos básicos en Materia de Derechos Humanos en el Sistema Interamericano, OEA/Ser.L.V/II.82 doc. 6 rev. 1, p. 67 (1992). Entró en vigor el 16 de noviembre de 1999 y ha sido ratificado por 12 Estados. El artículo 18 de esta Convención establece que "[t]oda persona afectada por una disminución de sus capacidades físicas o mentales tiene derecho a recibir una atención especial con el fin de alcanzar el máximo desarrollo de su personalidad. Con tal fin los Estados partes se comprometen a adoptar las medidas que sean necesarias para ese propósito..."

²⁰213 U.N.T.S. 221, E.T.S. No. 5. Entró en vigor el 3 de septiembre de 1953 y 21 Estados la han ratificado.

Por otro lado, debido a la protección que requieren las personas con discapacidad mental por su particular condición de vulnerabilidad, impotencia y abandono, distintos organismos internacionales han establecido estándares especiales para la protección de sus derechos básicos. Tales estándares pertenecen al ámbito del derecho internacional y en su gran mayoría se trata de declaraciones, informes y recomendaciones de la Asamblea General y de la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, de la CIDH, de la OMS y de la OPS entre otros²¹.

De acuerdo a información recabada por la OPS, los referidos estándares, al igual que los instrumentos que protegen derechos humanos básicos, en términos generales, no han sido incorporados en las legislaciones nacionales de los países de la Región y mucho menos en políticas y planes nacionales de salud mental. Tampoco se han adoptado medidas legislativas o de otro carácter de tal forma que las personas con discapacidades mentales y sus familiares puedan gozar de los mismos derechos y oportunidades en pie de igualdad respecto a otros seres humanos²². Muy frecuentemente, en Latino América y el Caribe, dichos estándares e instrumentos internacionales de derechos humanos constituyen el único mecanismo de protección disponible para esas personas.

Ante el vacío legal existente en esta materia, la CIDH se ha referido a la importancia de utilizar estándares especiales de

²¹Algunos estándares internacionales que se refieren a los Derechos humanos de las personas con trastornos mentales son la Declaración de Caracas (OPS), la Declaración de los Derechos del Retrasado Mental (ONU), los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental (ONU), las Normas Uniformes sobre Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (ONU), las Guías para la Promoción de los Derechos Humanos de las Personas que padecen de Desórdenes Mentales (OMS) y la Recomendación de la CIDH sobre la promoción y protección de los derechos de las personas con discapacidad mental (OEA), entre otros.

²²La OPS está constituida por 35 Estados. Solamente 16 de ellos cuentan con una ley específica sobre salud mental. De estos 16 Estados, 12 pertenecen a la Región del Caribe de habla Inglesa y 4 pertenecen a Latino América. De las 12 legislaciones existentes en el Caribe de habla Inglesa, 11 se encuentran bajo revisión debido a que son muy antiguas y requieren ser reformadas de conformidad con el derecho internacional de derechos humanos. Los siguientes países poseen leyes específicas de salud mental: Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Brasil, Canadá, Dominica, Grenada, Guyana, Jamaica, México, San Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Grenadinas, Trinidad y Tobago y los Estados Unidos. Los siguientes países tienen una ley general sobre discapacidad, un decreto ministerial o una ley general de salud, pero no tienen un instrumento legal específico sobre salud mental: Belice, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Suriname, Uruguay y Venezuela.

protección para promocionar y proteger los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas con discapacidades mentales y específicamente ha señalado que es “pertinente emplear estándares especiales en la determinación de si se ha cumplido con las normas convencionales, en casos que involucran personas que padecen enfermedades mentales...”²³. De acuerdo a este organismo internacional de derechos humanos precisamente la posición de inferioridad e impotencia de pacientes internados en hospitales psiquiátricos requiere de la aplicación de estándares especiales y específicos para evaluar el cumplimiento por parte de los Estados con las normas de la Convención Americana y otros instrumentos legales.

En la reciente “Recomendación de la CIDH sobre la promoción y protección de los derechos de las personas con discapacidad mental”²⁴ (en adelante “la Recomendación de la CIDH”), se insta a los Estados a “[t]omar medidas de carácter legislativo, judicial, administrativo, educativo y de otra índole para diseminar por medios apropiados y dinámicos [entre autoridades gubernamentales, ONGs, profesionales de salud mental, abogados, jueces, y otras personas involucradas en la promoción de políticas de salud mental] los estándares internacionales y normas convencionales de derechos humanos que protegen las libertades fundamentales y derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales de las personas con discapacidad mental...” En este mismo documento, la CIDH recomienda a todos los sectores de la sociedad involucradas en la promoción de la salud mental “...[q]ue divulguen los estándares internacionales y normas convencionales que protegen los derechos de las personas con discapacidad mental...”

Como se explicará a continuación, el estudio y la aplicación de estas normas generales de derechos humanos y estándares internacionales es imprescindible para llevar a cabo el proceso de des-institucionalización de miles de personas que actualmente permanecen internadas en instituciones psiquiátricas. El presente artículo también da a conocer las distintas iniciativas que la OPS y otras instituciones nacionales e internacionales están llevando a cabo para proteger los derechos humanos de las personas con trastornos mentales, en especial

su derecho a vivir en la comunidad, como requisito esencial para alcanzar un verdadero bienestar físico y mental. La parte final del presente artículo analiza de qué manera la aplicación del derecho internacional de derechos humanos en el contexto de la salud mental está generando importantes intervenciones y cambios, sobre todo con relación a la reforma de las políticas, legislaciones y servicios de salud mental.

II. El principio del debido proceso en el contexto de los servicios de salud mental de Latino América y el Caribe.

La mayoría de los países de la Región, tal como se explicó en la sección I (arriba), no han promulgado una legislación nacional que específicamente establezca los procedimientos legales para llevar a cabo la internación de pacientes en instituciones psiquiátricas, internación que de conformidad con los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental²⁵ (en adelante Principios de Salud Mental) debe ser de carácter voluntario salvo que existan las excepciones previstas por dichos Principios. Para evitar los ingresos involuntarios, es necesario contar con un procedimiento de admisión voluntaria que contemple otras opciones tales como el tratamiento ambulatorio o la hospitalización parcial.

De igual forma, en la mayoría de estos países, no existen procedimientos legales o algún tipo de reglamentación con relación a la internación involuntaria, la cual como se ha indicado, procede sólo en aquellos casos previstos como excepciones por los Principios de Salud Mental (Principio 16)²⁶. Así,

²⁵A.G. res. 46/119, 46 ONU GAOR Supp. (No. 49) p. 189, ONU Doc. A.46/49 (1991). El Principio de Salud Mental 15 se refiere a la admisión de personas en instituciones psiquiátricas.

²⁶El Principio de Salud Mental 16 establece que una persona sólo podrá ser admitida como paciente involuntario en una institución psiquiátrica cuando un médico calificado y autorizado por ley a esos efectos determine que esa persona padece una enfermedad mental y considere que debido a esa enfermedad mental existe un riesgo grave de daño inmediato o inminente para esa persona o para terceros o que en el caso de una persona cuya enfermedad mental sea grave y cuya capacidad de juicio esté afectada, el hecho de que no se la admita o retenga pueda llevar a un deterioro considerable de su condición. En este último caso, se debe consultar en lo posible a un segundo profesional de salud mental, independiente del primero y la admisión o retención no tendrá lugar a menos que el segundo profesional convenga en ello.

²³Supra Nota 4, párrafo 53

²⁴Informe Anual de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos 2000, CIDH, OEA/Ser/LV/II.111/doc.20 rev. (2001). El texto completo de la recomendación puede ser consultado en <http://www.cidh.org/annualrep/2000sp/cap.6d.htm>

algunas excepciones establecidas por los Principios incluyen aquellos casos en los que debido a la enfermedad mental exista un peligro inminente para la persona afectada u otras personas o en aquellos casos en los que el no admitir a la persona en la institución supondría un serio deterioro en su condición. Teniendo en cuenta lo establecido por los estándares internacionales existentes en la materia, es esencial que los Estados cuenten con disposiciones legales específicas que incorporen los procedimientos, condiciones y requisitos para poder llevar a cabo una detención involuntaria (únicamente cuando sea la única alternativa posible), de conformidad con el referido principio de salud mental y sin menoscabar los derechos básicos del individuo.

Uno de los principales objetivos de la internación voluntaria es el respeto al derecho que tiene todo paciente a su libertad personal y a la seguridad personales, que es a su vez un derecho garantizado por el Artículo 7 de la Convención Americana y conforme al cual “[n]adie puede ser privado de su libertad física, salvo por las causas y en las condiciones fijadas de antemano por las Constituciones Políticas de los Estados partes o por las leyes dictadas conforme a ellas”. El derecho a la libertad personal también es protegido por el referido Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y otras convenciones de derechos humanos arriba mencionadas.

De no contarse con condiciones, procedimientos e instancias específicas establecidas por la legislación nacional para admitir voluntariamente a los pacientes en las instituciones psiquiátricas, dichas personas podrían ser sometidas a una detención arbitraria contraria a lo establecido por las Constituciones Nacionales de la mayoría de los Estados de Latino América y el Caribe, por el Artículo 7 de la Convención Americana y por otros instrumentos convencionales de derechos humanos²⁷. De igual forma, cuando se restringe la libertad personal, también se afecta el ejercicio de otros derechos básicos

²⁷Si bien la jurisprudencia interamericana de derechos humanos no ha analizado hasta el momento ninguna petición individual en la que la víctima haya alegado presuntas violaciones al artículo 7 de la Convención Americana, la Corte Europea de Derechos Humanos ha reiterado en múltiples ocasiones que la detención de una persona en una institución psiquiátrica debe llevarse a cabo de conformidad con normas sustantivas y procesales debidamente establecidas por la legislación nacional. Ver L.O. Gostin y L. Gable, “The Human Rights of Persons with Mental Disabilities: A Global Perspective on the Application of Human Rights Principles to Mental Health”, *Maryland Law Review* 63 (2004): 64-65.

y libertades fundamentales garantizados por la Convención Americana y su Protocolo Adicional tales como son el derecho a la circulación y residencia (Artículo 22), los derechos políticos (Artículo 23), derecho al trabajo (Artículo 6), derecho a la educación (Artículo 13), entre otros. También instrumentos generales de derechos humanos tales como el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales protegen los derechos aquí mencionados.

Tal y como establecen los Principios de Salud Mental (Principio 15), el paciente admitido voluntariamente tendría pleno derecho a abandonar la institución psiquiátrica y por consiguiente gozar de su derecho a la libertad personal salvo que el mismo reúna las condiciones para ser considerado como paciente involuntario. Es importante que las legislaciones nacionales incorporen estos postulados y en especial aspectos relacionados con el ejercicio de la libertad personal, tales como excepciones para abandonar los predios de la institución, expedición de pases o permisos oficiales, solicitudes de pase, derechos del paciente a solicitar pases, condiciones para restringir el derecho a abandonar la institución psiquiátrica, información sobre derechos del paciente, revisión del plan de egreso del paciente, medidas de seguimiento una vez que el paciente egresa y procedimientos de emergencia, entre otros.

Por otro lado, la OPS también ha constatado que no existen en la mayoría de las legislaciones nacionales de la Región, normas sustantivas y procesales con relación a los “órganos de revisión” lo cual afecta ciertos derechos humanos y libertades fundamentales sobre todo de aquellas personas institucionalizadas. Así, el derecho a la libertad personal y por consiguiente el tratamiento médico y terapéutico en la comunidad no puede ser ejercido por el paciente que es detenido indefinidamente sin revisión de su estatus tal como lo establece la Convención Americana en su Artículo 7 (numeral 6) debido a que no existe un tribunal competente e imparcial que decida “sobre la legalidad de su arresto o detención...” De acuerdo al Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (Artículo 9) y otras convenciones internacionales de derechos humanos siempre un tribunal competente e imparcial establecido por ley debe decidir sobre la legalidad de una detención y ordenar la libertad si ésta fuera ilegal.

Es precisamente con relación al derecho a la libertad personal que los Principios de Salud Mental (Principio 17) señalan

que el órgano de revisión debe examinar periódicamente los casos de pacientes que hayan sido detenidos involuntariamente, pues en un momento dado pueden desaparecer las causas por las que se internó involuntariamente al paciente y consecuentemente la detención sería ilegal²⁸.

El Principio de Salud Mental 15 (arriba mencionado) debe ser analizado en conjunto con el Principio de Salud Mental 17 que se refiere al órgano de revisión, el cual establece que el órgano de revisión será un órgano judicial u otro órgano independiente e imparcial establecido por la legislación nacional. Estos órganos deberán contar con la asistencia de uno o más profesionales de salud mental calificados e independientes y tendrá presente su asesoramiento al momento de tomar sus decisiones.

Es importante mencionar que de acuerdo al principio arriba mencionado, el examen inicial por parte del órgano de revisión de la decisión de admitir o retener a una persona como paciente involuntario se llevará a cabo lo antes posible después de adoptarse dicha decisión y de conformidad con los procedimientos “establecidos por la legislación nacional”. Estos órganos no sólo revisarán los casos de pacientes involuntarios a intervalos razonables sino que también recibirán y analizarán las peticiones de aquellos pacientes involuntarios para que se les de de alta o para que se les considere como pacientes voluntarios. De acuerdo al Principio de Salud Mental 17, el paciente o su representante personal o cualquier persona interesada tendrá derecho a apelar ante un tribunal superior la decisión de admitir al paciente o de retenerlo en una institución.

Otro de los derechos afectados cuando no existen los órganos de revisión es el derecho a las garantías judiciales el cual es contemplado por el artículo 8 de la Convención Americana y por otros instrumentos generales de derechos humanos tales como el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. De acuerdo a la Convención Americana “toda persona tiene

derecho a ser oída, con las debidas garantías y dentro de un plazo razonable, por un juez o tribunal competente, independiente e imparcial, establecido con anterioridad por la ley, en la sustanciación de cualquier acusación penal formulada contra ella, o para la determinación de sus derechos y obligaciones de orden civil, laboral, fiscal o de cualquier otro carácter...”

Es pertinente interpretar el derecho a las garantías judiciales, en el contexto de personas con discapacidad mental privadas de su libertad, de conformidad con el mencionado Principio de Salud Mental 17. Así, para poder determinar los derechos y obligaciones de los pacientes involuntarios, es necesario que el órgano de revisión examine “dentro de un plazo razonable” los casos de dichos pacientes y además que la legislación nacional establezca el plazo dentro del cual el órgano de revisión debe emitir una decisión al respecto que se refiera a las debidas garantías judiciales.

Cuando las legislaciones nacionales establecen los mencionados órganos de revisión también se garantiza a los pacientes admitidos involuntariamente la debida protección judicial, de conformidad con el Artículo 25 de la Convención Americana. Este artículo establece que “toda persona tiene derecho a un recurso sencillo y rápido o a cualquier otro recurso efectivo ante los jueces o tribunales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos fundamentales reconocidos por la Constitución, la ley o la presente Convención, aún cuando tal violación sea cometida por personas que actúen en ejercicio de sus funciones oficiales...”

Los órganos de revisión también garantizan a los pacientes involuntarios un “recurso sencillo y rápido” que permita determinar a intervalos razonables la legalidad de la detención de estos pacientes y además que les permita apelar ante un tribunal superior la decisión sobre la admisión o retención en una institución psiquiátrica²⁹.

Con relación a la formulación de legislación nacional que regule derechos y libertades fundamentales de las personas con discapacidades mentales tales como el derecho a la libertad personal, garantías judiciales, debido proceso, admisión

²⁸El artículo 7 de la Convención Americana establece que toda persona tiene derecho a recurrir ante un juez o tribunal competente a fin de que se revise y decida la legalidad de su detención. No obstante, el Sistema Interamericano de Derechos Humanos no se ha pronunciado hasta el momento con relación a la aplicación del artículo 7 en el contexto de personas institucionalizadas. Por su parte, la jurisprudencia europea de derechos humanos a analizado en varias ocasiones el derecho que tiene toda persona internada en una institución psiquiátrica a que se revise la legalidad de su detención. Ver Gostin y Gable, *Supra* Nota 27, p. 70-76.

²⁹De conformidad con la jurisprudencia europea de derechos humanos, la revisión periódica de la detención de una persona en un hospital psiquiátrico está fundamentada en el hecho de que el trastorno mental es susceptible de mejoría o cura. Ver Gostin y Gable, *Supra* Nota 27, p. 76.

voluntaria y órganos de revisión, entre otros, es importante recordar que tanto la Convención Americana como su Protocolo Adicional establecen que los Estados partes tienen la obligación de adoptar disposiciones de derecho interno que garanticen los derechos contemplados por estos instrumentos. Así, el artículo 2 de ambos instrumentos establece de manera idéntica que:

Si en el ejercicio de los derechos y libertades mencionados en el artículo 1 no estuviere ya garantizado por disposiciones legislativas o de otro carácter, los Estados partes se comprometen a adoptar, con arreglo a sus procedimientos constitucionales y a las disposiciones de esta Convención, las medidas legislativas o de otro carácter que fueren necesarias para hacer efectivos tales derechos y libertades.

Si en el ejercicio de los derechos y libertades mencionados en el artículo 1 no estuviere ya garantizado por disposiciones legislativas o de otro carácter, los Estados partes se comprometen a adoptar, con arreglo a sus procedimientos constitucionales y a las disposiciones de esta Convención, las medidas legislativas o de otro carácter que fueren necesarias para hacer efectivos tales derechos y libertades.

En conclusión, en términos generales, la normativa internacional que protege a las personas con discapacidades mentales es desconocida y no ha sido incorporada en las leyes nacionales existentes y tampoco en las políticas y planes nacionales de salud mental. La mayoría de los países de la Región no han aprobado una ley especial en materia de salud mental que establezca los derechos básicos y libertades fundamentales de las personas con discapacidades mentales de conformidad con la normativa internacional arriba mencionada.

Con relación a la admisión, la mayoría de los Estados de Latino América y el Caribe no han incorporado en la legislación nacional los postulados establecidos por el Principio de Salud Mental 15 (internación voluntaria) ni las excepciones establecidas por el Principio 16 (arriba mencionado) para proceder con una internación involuntaria. Tampoco existen en la legislación nacional normas sustantivas y procesales con relación a los órganos de revisión (Principio de Salud Mental 17) lo cual afecta ciertos derechos y libertades fundamentales establecidos por la Convención Americana y otras convenciones internacionales tales como el derecho a la libertad, las garantías judiciales y la protección judicial. Estos serios vacíos legales y de las políticas públicas de salud mental consecuen-

mente dificultan el ejercicio de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales; pero muy en especial el derecho a la libertad y a vivir en la comunidad.

III. Las iniciativas de la OPS sobre derechos humanos y salud mental.

La OPS ha desarrollado durante los últimos quince años varias iniciativas directa o indirectamente relacionadas con los derechos humanos de las personas con trastornos mentales. En respuesta a la situación analizada en las secciones I y II (arriba), la Unidad de Salud Mental de la OPS inició en 1990 la *Iniciativa para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica*, con la colaboración de la CIDH, los Centros Colaboradores de la OMS, otras organizaciones regionales e internacionales y expertos provenientes de varias Regiones de España e Italia.

Como parte de esta iniciativa, en 1990 la OPS llevó a cabo la *Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en Latino América*, donde se aprobó la Declaración de Caracas³⁰. Esta Declaración propone la protección de los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidades mentales y la reforma de las leyes nacionales como estrategias para desarrollar esta reestructuración. Además, este instrumento establece algunos lineamientos con relación a los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y con relación a la creación de servicios de salud mental comunitarios.

La Declaración de Caracas representó el compromiso de un número significativo de Estados, entidades y expertos de Latino América de alcanzar dos objetivos principales: la transición del sistema de atención de salud mental basado en el hospital psiquiátrico a los servicios comunitarios y la protección de los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidades mentales. Para alcanzar estos objetivos, los Estados signatarios se comprometieron a desarrollar estrategias destinadas a reestructurar los servicios de

³⁰En 1990, abogados, jueces, asociaciones profesionales y profesionales de la salud mental se reunieron en Caracas y aprobaron la Declaración de Caracas. Para mayor información ver Itzak Levav, Helena Restrepo y Carlyle Guerra de Macedo, *The Restructuring of Psychiatric Care in Latin America: A new policy for Mental Health Services*, 15 J. PUBLIC HEALTH & POLICY, p. 71 (1994).

salud mental a través de la implementación de políticas y planes de salud mental y a proteger los derechos humanos de las personas con discapacidad mental mediante la formulación de legislaciones específicas de salud mental. La Declaración de Caracas representó el punto de partida de la referida Iniciativa para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica, la cual tuvo un rol de suma importancia en lo que se refiere a la prestación de cooperación técnica a la mayoría de los países de Latino América durante toda la década de los años 90.

La evaluación detallada de lo que pudiera llamarse “un movimiento” (de recursos económicos, personas, estrategias y experiencias), que surgiera a partir de esta Declaración, y su impacto en la promoción y protección de la salud mental está en gran parte todavía por desarrollar. Sin embargo, es posible afirmar que su influencia en la diseminación de nuevos paradigmas de salud mental, tanto en lo que respecta a la organización de servicios como en lo que respecta a la lucha por los derechos humanos de las personas con discapacidades mentales, fue enorme. Por estas razones y por la forma pionera como este instrumento vincula claramente la reestructuración de servicios a la protección de los derechos humanos, la Declaración ha quedado como una referencia obligatoria en la historia de la salud mental de las Américas.

La entrada en el nuevo milenio ha coincidido con una conjugación de esfuerzos a nivel mundial en favor de la salud mental como nunca antes se había observado. De hecho, en 2001, la OMS decidió dedicar sus dos grandes eventos globales – el Día y el Informe Mundial de la Salud- al tema de salud mental, decisión que contribuyó para poner la salud mental en la agenda política internacional, así como para estimular un gran número de iniciativas de abogacía en todo el mundo.

Este nuevo interés en la salud mental fue el producto de varios factores. Por un lado, del reconocimiento del impacto real de las enfermedades proporcionado por los estudios llevados a cabo sobre la carga global de las enfermedades, los cuales mostraron que en las Américas las enfermedades mentales son responsables por 24% de la carga global³¹. Por otro lado, de las nuevas perspectivas suscitadas por el desarrollo de nuevos tratamientos e intervenciones de efectividad comprobada y por el reconocimiento de que la mayoría de las poblaciones no se benefician realmente de estos nuevos ins-

trumentos terapéuticos. Finalmente, este interés en la salud mental también surgió de la creciente participación de usuarios y familiares en todo lo que se relaciona con la atención de la salud mental y la protección de sus derechos humanos.

En la Región de las Américas, la OPS se unió a los esfuerzos de la OMS y aprovechando la dinámica creada por los eventos de 2001, presentó en su Consejo Directivo (Septiembre de 2001) la Resolución CD 43/15 sobre salud mental³². Esta Resolución fue aprobada por todos los Ministros de Salud de la Región e incluyó una sección dedicada a la protección de los derechos humanos. Como consecuencia de esta resolución, en noviembre de 2001, la OPS organizó en Washington D.C. la Conferencia “Salud Mental en las Américas, Asociándonos para el Progreso” (“Mental Health in the Americas, Partnering for Progress”)³³ con la colaboración del Instituto Nacional de Salud Mental (National Institute of Mental Health, NIMH) y del Centro de Servicios de Salud Mental (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA).

La Conferencia contó con la participación de representantes de todos los países de la Región, asociaciones de profesionales, usuarios y familiares y organizaciones internacionales, y además constituyó la base para la elaboración de un nuevo plan de acción regional de salud mental así como para el establecimiento de nuevos acuerdos de colaboración entre las entidades participantes.

Los objetivos fundamentales del nuevo plan de acción son comunes, en parte, a aquellos de la Declaración de Caracas. El desarrollo de políticas y servicios de salud mental capaces de asegurar la mejoría de la atención psiquiátrica, así como la promoción de los derechos humanos de las personas con enfermedades mentales, continúan siendo las primeras prioridades. De acuerdo a este plan, existe todavía un énfasis especial en aspectos relacionados con nuevos conocimientos sobre las discapacidades y la carga asociada a las enfermedades mentales; y con la necesidad de encontrar estrategias y formas de movilización de recursos que puedan asegurar una efectividad mucho mayor en la implementación de las reformas que aquella registrada en la década de los años 90.

³¹Supra nota 1, p. 26, Figura 2.1.

³²“Salud Mental en las Américas: Nuevos Retos al Inicio del Milenio”, CD/45, documento oficial Organización Panamericana de la Salud, 2001.

³³Conferencia Salud Mental en las Américas, Asociándonos para el Progreso, Informe Final, Organización Panamericana de la Salud, Washington D.C., 2001.

Las grandes áreas estratégicas del plan de acción son:

- Recabar y diseminar información relevante sobre las necesidades de las poblaciones en salud mental y sobre cómo los servicios responden a estas necesidades;
- Diseminar líneas de orientación sobre intervenciones y programas de salud mental;
- Desarrollar la capacidad de investigación de los países en el área de los servicios de salud mental;
- Promocionar y proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidades mentales; y
- Reforzar las capacidades de los países para implementar políticas y planes de salud mental.

Para poner en práctica estas estrategias, varias iniciativas están actualmente en desarrollo tales como el Proyecto ATLAS para Latino América (que ha recabado información sobre políticas y servicios en esta Sub-Región)³⁴; el Estudio Mundial de Salud Mental (desarrollado en varios países de la Región)³⁵; la Red de Investigación en Servicios de Salud Mental (con actividades regulares de capacitación de jóvenes investigadores y varios estudios multicéntricos)³⁶; la Iniciativa Reforma de Salud Mental en las Américas (que incluye capacitación en políticas, servicios y apoyo directo a 18 países) y las iniciativas en salud mental y desastres³⁷; entre otras.

Como parte de las iniciativas arriba mencionada, la Unidad de Salud Mental y el Departamento Legal de la OPS iniciaron en 2001 actividades conjuntas para promocionar y proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas arriba mencionadas. Las principales actividades incluyen talleres de capacitación, colaboración con organismos regionales e internacionales de derechos humanos tales como la CIDH, apoyo técnico para la formulación/reforma de leyes sobre salud mental y el lanzamiento de la campaña regional "Salud mental y derechos humanos: un nuevo enfoque".

³⁴Supra Nota 3.

³⁵Prevalence, Severity and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Survey. The WHO World Mental Health Survey Consortium. JAMA, 291, 21, 2581-2590. 2004.

³⁶Latin American and the Caribbean Network on Mental Health Services Research, Report of the Washington D.C. meeting, Pan American Health Organization, Washington D.C., 2003.

³⁷Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias. Manuales y Guías sobre Desastres. Organización Panamericana de la Salud, 2002.

A. Los talleres de capacitación: un mecanismo dinámico y efectivo.

En concordancia con las recomendaciones de la CIDH en esta materia, La OPS considera que la reforma de las legislaciones y políticas de salud mental, al igual que una protección efectiva de los derechos de las personas con trastornos mentales debe comenzar con un proceso educativo y de capacitación entre las autoridades gubernamentales, defensorías de derechos humanos, profesionales de la salud mental, abogados, estudiantes de derecho, usuarios, sus familiares, ONG's nacionales e internacionales y demás personas e instituciones involucradas en la protección y promoción de la salud mental y en la estructuración de los servicios de salud mental³⁸.

El rol de la OPS es vital no sólo para diseminar las normas generales y estándares internacionales de derechos humanos arriba mencionados y capacitar a los gobiernos en este tema, sino también para fortalecer a las organizaciones de usuarios sobre todo en el ejercicio de sus derechos humanos y libertades fundamentales. Las organizaciones de usuarios y de familiares pueden constituirse en un importante "puente" que facilite la reforma de las legislaciones y políticas de salud mental de acuerdo a los estándares internacionales de derechos humanos y a su vez fortalezcan el rol de los usuarios como verdaderos protagonistas de la reforma de salud mental en las Américas.

Para lograr la diseminación y capacitación arriba mencionada, la OPS con la colaboración de la OMS y otras organizaciones internacionales tales como la OEA está organizando talleres de capacitación sobre derechos humanos y salud mental. Estos talleres son una de las estrategias de la OPS no solamente para promocionar y proteger los derechos humanos de las personas con discapacidades mentales, sino también para colaborar técnicamente con los Estados en la formulación/reforma de sus políticas, planes y legislaciones de salud mental y en la coordinación de redes nacionales para la promoción y protección de la salud mental.

Hasta el momento la OPS ha organizado 14 talleres de capacitación sobre los derechos humanos y libertades funda-

³⁸Ver Heidi V. Jiménez y Javier Vásquez, "El Derecho Internacional, instrumento esencial para la promoción de la salud mental en las Américas", Revista Panamericana de Salud Pública, 9 (4), 2001, p.267.

mentales de las personas con discapacidades mentales y 3 talleres de capacitación sobre legislación y salud mental. Los talleres se han llevado a cabo en Nicaragua, Costa Rica, Paraguay, Brasil, Argentina, Chile, Ecuador, República Dominicana, Perú, Argentina, Honduras, El Salvador, Panamá, Guatemala, Barbados, Grenada y Antigua y Barbuda. Los participantes, casi siempre, representan a varios sectores del gobierno, sociedad civil, organizaciones privadas y agencias internacionales tales como la CIDH (OEA), defensorías de derechos humanos, hospitales psiquiátricos, ministerios de educación, ministerios de trabajo, consejos nacionales de discapacidad, departamentos de policía, abogados, estudiantes de derecho, diputados, jueces, organizaciones de usuarios, sus familiares, asociaciones de enfermeras, asociaciones de psiquiatras, periodistas y artistas, entre otros.

Como resultado de estos talleres, la OPS con la colaboración de sus oficinas locales ha establecido redes nacionales en las 17 naciones mencionadas las cuales han iniciado una protección más efectiva de los derechos de las personas con trastornos mentales. En algunos países, se han establecido comités técnicos los cuales, con la colaboración de la OPS, están llevando a cabo la formulación/reforma de las políticas/legislaciones de salud mental de acuerdo a las normas generales y estándares internacionales de derechos humanos y salud mental. Con relación a la supervisión de los derechos humanos y condiciones de vida en las instituciones psiquiátricas es importante mencionar que en algunos de los referidos Estados, las defensorías de derechos humanos han empezado a implementar mecanismos de quejas y supervisión de los derechos humanos a través de visitas a los hospitales psiquiátricos. En Chile, Honduras, Panamá, Belice, Nicaragua, Paraguay y Guatemala la OPS también ha realizado talleres de capacitación sobre derechos humanos exclusivamente para el personal de los hospitales psiquiátricos nacionales.

El siguiente cuadro muestra los resultados 2002-2003-2004 de acuerdo al número de países visitados en los cuales se han llevado a cabo talleres de capacitación, el número de personas que han sido capacitadas y que han recibido las normas generales de derechos humanos y los estándares internacionales en salud mental, el número de políticas y legislaciones nacionales que están siendo revisadas de acuerdo al derecho internacional de derechos humanos, el número de redes nacionales y comités técnicos establecidos en la Región y el

número de defensorías de derechos humanos que actualmente llevan a cabo una supervisión de los derechos humanos de las personas todavía institucionalizadas:

Países visitados	17
Personas capacitadas	700
Políticas revisadas	4
Legislaciones revisadas	7
Redes nacionales establecidas	9
Comités técnicos establecidos	6
Defensorías de derechos humanos que supervisan instituciones psiquiátricas	6

B. La colaboración con organismos regionales de derechos humanos.

En febrero 2001, la CIDH (OEA) invitó a la OPS a una audiencia general con el objetivo de discutir la situación de las personas con discapacidades mentales en el hemisferio como parte de su 110° período ordinario de sesiones. La OPS recomendó a la Comisión tomar medidas específicas para proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales de estas personas y sugirió a este organismo colaborar estrechamente con la OPS para promocionar las normas generales y estándares internacionales de derechos humanos que protegen a las personas con discapacidades mentales.

Con posterioridad, durante su 111° período extraordinario de sesiones en Santiago de Chile, la CIDH aprobó en abril de 2001 una recomendación dirigida a los Estados de la OEA con relación a la protección de los derechos humanos de este grupo vulnerable³⁹. Este estándar interamericano incorporó los lineamientos técnicos de la OPS y de la OMS en materia de salud mental principalmente para ser implementados por los Estados, la sociedad civil, los usuarios de los servicios de salud mental y sus familiares. Estos lineamientos principalmente se refieren al uso de la normativa internacional de derechos humanos para reformar/formular políticas/legislaciones/planes de salud mental, mejorar las condiciones de vida en las instituciones psiquiátricas, establecer mecanismos nacionales de revisión de los derechos humanos en estas instituciones y crear servicios de salud mental basados en la comunidad, entre

³⁹Supra, Nota 24.

otros. Se podría decir que en este estándar regional, la CIDH establece las acciones específicas que son necesarias para que las personas con trastornos mentales puedan ejercer su derecho a vivir en la comunidad tal como fue recomendado por la Declaración de Caracas en 1990.

Como parte de la colaboración entre la OPS y la CIDH, esta última incluye visitas a los hospitales psiquiátricos de la región como parte de sus visitas in loco. En junio de 2001, la CIDH visitó el Hospital Psiquiátrico Nacional de Panamá, siendo la primera vez que este organismo visitaba un hospital psiquiátrico lo cual constituyó un importante precedente en el campo de los derechos humanos. La OPS visitó el hospital junto con la CIDH y proporcionó colaboración técnica a ésta última principalmente con relación a la aplicación e interpretación de la Convención Americana y otros estándares internacionales de salud mental en el contexto de personas detenidas en instituciones de salud pública. Con posterioridad a sus visitas a los Estados Miembros de la OEA, generalmente la CIDH aprueba un informe en el cual se hacen recomendaciones específicas a los Estados en cuanto a la protección de los derechos humanos en un determinado Estado.

Además, la CIDH solicita opiniones técnicas a la OPS principalmente para interpretar la Convención Americana y la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre a la luz de los estándares internacionales de protección que se aplican en el campo de la salud mental. En 2003, la CIDH solicitó a la OPS una opinión técnica con relación a la aplicación de estándares internacionales de derechos humanos a aspectos tales como el consentimiento para recibir tratamiento médico y la contención física en instituciones psiquiátricas. Esta opinión ha sido incorporada en informes finales de la CIDH sobre casos individuales en los que las víctimas son personas con trastornos mentales y podría también ser utilizada por la CIDH como parte de los informes especiales que este organismo aprueba con relación a la situación de los derechos humanos en los Estados de la OEA.

Sin duda, esta colaboración entre una agencia especializada en salud pública y un organismo regional de derechos humanos como la CIDH es un importantísimo precedente en el derecho internacional de derechos humanos que está ya teniendo algunos resultados sobre todo con relación a la reforma de los servicios de salud mental y las legislaciones nacionales de la Región. La CIDH a empezado a utilizar con éxito el

mecanismo de “medidas cautelares” también en el contexto de los hospitales psiquiátricos, lo cual significa que cuando la vida, la integridad personal u otro derecho de las personas institucionalizadas en hospitales psiquiátricos se encuentre en peligro, las prácticas estatales –sobre todo con relación a las condiciones de detención en estos hospitales- podrían ser revisadas por este organismo precisamente para salvaguardar estos derechos básicos⁴⁰.

IV. Nuevos enfoques.

De la lectura de este artículo se puede observar que los países de Latino América y del Caribe han empezado a reformar sus sistemas de salud mental vigentes a la luz de sus obligaciones internacionales en materia de derechos humanos, lo que significa, de conformidad con los tratados internacionales de derechos humanos que han sido ratificados por dichos países. Particularmente en la Región de las Américas, la Convención Americana y la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre están siendo importantes instrumentos legales en el área de la salud mental debido a que establecen específicas obligaciones a los Estados, las cuales tienen una aplicación práctica en el contexto de los hospitales psiquiátricos y la reforma de los sistemas nacionales de salud mental. Las violaciones flagrantes y sistemáticas de derechos humanos en el contexto de la salud mental han empezado a ser consideradas no solamente como un asunto de salud pública, sino también como actos que conllevan responsabilidad estatal.

Como una consecuencia de utilizar el derecho internacional de derechos humanos para proteger a las personas con discapacidades mentales, organismos regionales e internacionales de derechos humanos tales como la CIDH están incluyendo en sus agendas el tema de salud mental y revisando quejas presentadas por los usuarios o sus familiares. Bajo estos sistemas internacionales de derechos humanos, algunos Estados han

⁴⁰El artículo 25 del Reglamento de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos establece que en casos de gravedad y de urgencia la Comisión podrá a iniciativa propia o de parte interesada, solicitar al Estado de que se trate la adopción de medidas cautelares para evitar daños irreparables a las personas. Ver también *Mental Disability Rights International, OAS Human Rights Commission Orders Paraguay To End Horrendous Abuses in National Psychiatric Facility*, December 18, 2003. Disponible en www.mdri.org/projects/americans/paraguay/pressrelease.htm

tenido que reparar los daños ocasionados a personas con trastornos mentales, principalmente en el contexto de prisiones e instituciones psiquiátricas.

A nivel nacional, algunos Estados están estableciendo nuevos mecanismos de supervisión a través de instituciones gubernamentales tales como las defensorías de derechos humanos, las cuales en un pasado no incluían visitas a hospitales psiquiátricos como parte de sus funciones.

Otro importante desarrollo, relativamente nuevo en Latino América y el Caribe, es la participación de usuarios en talleres de capacitación sobre derechos humanos y en el proceso de toma de decisiones sobre todo relacionado con la formulación de políticas y legislaciones de salud mental. El fortalecimiento de las asociaciones de usuarios a través del conocimiento y ejercicio de sus derechos básicos y libertades fundamentales es una importante estrategia para luchar contra el estigma y la discriminación que todavía enfrentan las personas con trastornos mentales en la Región.

A pesar de que los servicios de salud mental en Latino América y el Caribe todavía se prestan en hospitales psiquiátricos aislados geográfica y socialmente, se puede observar un proceso de cambio. Redes multidisciplinarias y comités técnicos establecidos con el apoyo de la OPS, están promocionando y protegiendo el derecho de las personas con discapacidades mentales a vivir en la comunidad. A pesar de que este proceso es incipiente, los gobiernos han empezado a asumir el compromiso de diseñar y establecer sistemas de salud mental comunitarios, en virtud de derechos constitucionales (tales como el derecho a la libertad, a la no discriminación, al debido proceso y a igual protección frente a la ley), de la jurisprudencia internacional y de sus obligaciones internacionales en materia de derechos humanos.

Respecto al ejercicio del derecho a la protección judicial y al debido proceso como requisitos *sine qua non* las personas con trastornos mentales que están institucionalizadas no podrán vivir en la comunidad, los tribunales judiciales (en muchas jurisdicciones) todavía están facultados para ordenar la internación de personas con trastornos mentales en hospitales psiquiátricos a pesar de no conocer, en muchos casos, los estándares internacionales de derechos humanos y salud mental. Es vital que estos tribunales sean capacitados sobre estos estándares y nuevos paradigmas con el objetivo de que los

mismos revisen la situación de miles de personas que todavía en Latino América y el Caribe continúan privadas de libertad sin ejercer sus derechos humanos básicos. Este es un paso necesario y simultáneo a la creación de servicios de salud mental basados en la comunidad.

Las normas generales de derechos humanos y los estándares internacionales se están convirtiendo en un componente esencial de las políticas, planes y legislaciones de salud mental y hay una tendencia, más que en el pasado, a fundamentar los instrumentos de salud mental en normas constitucionales y de derecho internacional de derechos humanos. Esta reforma de las políticas públicas y legislaciones a la luz de la normativa internacional de derechos humanos no sólo permite un cuidado más integral de la salud de aquellos individuos afectados por trastornos mentales, sino también que los mismos alcancen su autodeterminación y estatus de ciudadanos. A través de las iniciativas de derechos humanos de la OPS y de las acciones desarrolladas por otras agencias gubernamentales y privadas, se podría decir que en Latino América y el Caribe está ocurriendo una reforma integral de los sistemas de salud mental (leyes, políticas, procedimientos judiciales y servicios de salud pública).

Finalmente, un nuevo enfoque lo constituye la participación de la OPS y de la OMS en el área de promoción y protección de los derechos humanos. Es ciertamente un nuevo enfoque el promover y proteger la salud mental no sólo a través de medicamentos psicotrópicos, psicoterapia o rehabilitación psicosocial; sino también por medio de la aplicación de instrumentos de derechos humanos. La OPS puede apoyar y colaborar técnicamente con sus Estados Miembros en la reestructuración de los servicios de salud y en la creación de sistemas comunitarios de atención en salud mental con este nuevo enfoque, es decir, de conformidad y en cumplimiento con las obligaciones nacionales e internacionales de derechos humanos que los referidos Estados han aceptado. Este nuevo enfoque podría desencadenar intervenciones concretas orientadas a prevenir los daños muchas veces irreparables que tienen los trastornos mentales en la salud de la población mundial y, de igual forma, podría suscitar nuevas acciones encaminadas a lograr que el derecho internacional de derechos humanos también sea utilizado para proteger otras áreas de la salud pública.