



Conjunto de Guías sobre
Servicios y Políticas de Salud Mental

LEGISLACIÓN SOBRE SALUD MENTAL Y DERECHOS HUMANOS

“Todas las personas con trastornos mentales tienen derecho a recibir atención y tratamiento de calidad a través de unos servicios adecuados de salud mental. Estas personas deberían asimismo estar protegidas frente a cualquier tipo de discriminación o tratamiento inhumano.”

LEGISLACIÓN SOBRE SALUD MENTAL Y DERECHOS HUMANOS

Versión en español:

Marino Santirso Ruiz (Asturias-España)

Coordinadores de la versión en español:

Dr. J. Miguel Caldas de Almeida
Jefe de la Unidad de Salud Mental de OPS-PAHO. Washington EEUU

Dr. Víctor Aparicio Basauri
Jefe del Servicio de Psiquiatría. Hospital de Jove. Gijón-Asturias-España

Comité editor (versiones española y portuguesa):

Dr. Alberto Minoletti (Chile)

Dr. Alfredo Schechtman (Brasil)

Dr. Francisco Torres González (España)

Dr. Roberto Tykanori (Brasil)

Supervisión técnica módulo legislación (español):

Dra. Ana Esther Sánchez Gutiérrez
Jefa del Servicio de Psiquiatría

Dr. Jorge Antolín Suárez
MIR Psiquiatría
Servicios de Salud Mental de Mieres-Asturias-España

*La versión al español ha sido promovida por OPS con la colaboración de la
Fundación Hospital de Jove (Gijón-Asturias-España),
de la Obra Social y Cultural de la Caja de Ahorros de Asturias (Cajastur) y GlaxoSmithKline*

Edita: Editores Médicos, s.a. EDIMSA
ISBN: Conjunto de Guías 84-95076-79-9
ISBN: Módulo I 84-95076-80-2

**Publicado por la Organización Mundial de la Salud en 2003
bajo el título de *Mental Health Legislation and Human rights*
© Organización Mundial de la Salud 2003**

El Director General de la Organización Mundial de la Salud
ha concedido los derechos de traducción para la edición en español
a Editores Médicos, s.a., que son solamente responsables de esta edición en español

Catalogado por la Biblioteca de la OMS

Legislación sobre Salud Mental y Derechos Humanos
(Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental)

1. Salud mental – Legislación
2. Derechos del paciente – Legislación
3. Enfermos mentales – Legislación
4. Política de salud
5. Programas nacionales de salud
6. Directrices I. Organización Mundial de la Salud II. Series

ISBN 92 4 154595 x (de la versión inglesa)
(NLM classification: WM 30)

La información técnica relativa a esta publicación puede obtenerse de:

Dra. Michelle Funk
Equipo de desarrollo de Políticas y Servicios de Salud Mental
Departamento de Salud Mental y Abuso de Substancias
Grupo de Enfermedades no transmisibles y Salud Mental
Organización Mundial de la Salud
CH-1211, Ginebra 27
Suiza
Tel: +41 22 791 3855
Fax: +41 22 791 4180
E-mail: funkm@oms.int

© Organización Mundial de la Salud 2003

Todos los derechos reservados. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud pueden obtenerse en Marketing y Difusión, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel: +41 22 791 4857; email: bookorders@oms.int). Las peticiones de autorización para reproducir o traducir publicaciones de la OMS, bien para su venta o para distribución no comercial, deberán dirigirse a Publicaciones, en la dirección mencionada más arriba (fax: +41 22 791 4806; email: permissions@oms.int).

Los términos utilizados y la presentación del material de esta publicación no implican en absoluto la expresión de ninguna opinión por parte de la Organización Mundial de la Salud en lo que respecta al estatus legal de ningún país, territorio, ciudad o área ni sobre las autoridades, ni tampoco en lo que respecta a la delimitación de sus fronteras o demarcaciones. Las líneas punteadas en los mapas representan las fronteras o límites de manera aproximada, y sobre los cuales puede que no exista aún un acuerdo completo.

La mención de compañías específicas o de los productos de ciertos fabricantes no implica que sean aprobados o recomendados por la Organización Mundial de la Salud con respecto a otros de naturaleza similar que no son mencionados. Con la excepción de omisiones o errores, los nombres de productos patentados se distinguen por comenzar con una letra mayúscula.

La Organización Mundial de la Salud no garantiza que la información contenida en esta publicación sea completa y correcta y no se responsabilizará de ningún daño sufrido como resultado de su utilización.

Menciones y agradecimientos

El Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental fue realizado bajo la dirección de la Doctora Michelle Funk, coordinadora de Desarrollo de Políticas y Servicios de Salud Mental, y supervisado por el Doctor Benedetto Saraceno, director del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud.

La Organización Mundial de la Salud agradece el trabajo del Dr. Soumitra Pathare de la Ruby Hall Clinic de Pune (India) y del Dr. Alberto Minoletti, del Ministerio de Salud de Chile, quienes prepararon este módulo. También agradece la colaboración de la Sra. Rosa Seminario, del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, en las correcciones de la versión al español.

Grupo de coordinación técnica y editorial:

Dra. Michelle Funk, Organización Mundial de la Salud, Sede Central (OMS/HQ), Natalie Drew, (OMS/HQ), Dra. JoAnne Epping-Jordan, (OMS/HQ), Profesor Alan J. Flisher, Universidad de Ciudad del Cabo, Observatory, República de Sudáfrica, Profesor Melvyn Freeman, Departamento de Salud, Pretoria, Sudáfrica, Dr. Howard Goldman, Instituto de Investigación de la Asociación Nacional de Directores de Programas de Salud Mental y Facultad de Medicina de la Universidad de Maryland EEUU, Dr. Itzhak Levav, Servicios de Salud Mental, Ministerio de Salud, Jerusalén, Israel y Dr. Benedetto Saraceno, Sede Central (OMS/HQ).

El Dr. Crick Lund, Universidad de Ciudad del Cabo, Observatory, República de Sudáfrica, completó la edición técnica de este módulo.

Asistencia técnica:

Dr. Jose Bertolote, Organización Mundial de la Salud, Sede Central (OMS/HQ), Dr. Thomas Bornemann (OMS/HQ), Dr. José Miguel Caldas de Almeida, Oficina Regional para las Américas de la OMS, Dr. Vigía Chandra, Oficina Regional para el Sudeste Asiático de la OMS, Dra. Custodia Mandlhate, Oficina Regional para África de la OMS, Dr. Claudio Miranda (OPS), Dr. Ahmed Mohit, Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental de la OMS, Dr. Wolfgang Rutz, Oficina Regional para Europa de la OMS, Dr. Erica Wheeler (OMS/HQ), Dra. Derek Yach (OMS/HQ), y el personal del Grupo de Política de Información y Evidencias de la Organización Mundial de la Salud.

Servicios administrativos y de secretariado:

Adelina Loo (OMS/HQ), Anne Yamada (OMS/HQ) y Razia Yaseen (OMS/HQ).

La OMS también agradece a los siguientes expertos por su opinión y contribución técnica a este módulo:

Dr. Adel Amid Afana	Director, Departamento de Formación y Educación, Programa de Salud Mental en la Comunidad, Gaza
Dr. Bassam Al Ashhab	Ministerio de Salud, Autoridad Palestina, Cisjordania
Ella Amir	Ami Québec, Canadá
Dr. Julio Arboleda-Flórez	Departamento de Psiquiatría, "Queen's University", Kingston, Ontario, Canadá
Jeannine Auger	Ministerio de Salud y Asuntos Sociales, Québec, Canadá
Dra. Florence Baingana	Banco Mundial, Washington DC, EEUU
Louise Blanchette	Programa Certificado de Salud Mental de la Universidad de Montreal, Canadá
Dra. Susan Blyth	Universidad de Ciudad del Cabo, Ciudad del Cabo, Sudáfrica
Nancy Breitenbach	Inclusion International, Ferney-Voltaire, Francia
Dr. Anh Thu Bui	Ministerio de Salud, Koror, República de Palau
Dra. Sylvia Caras	Organización "People OMS", Santa Cruz, California, EEUU
Dra. Claudina Cayetano	Ministerio de Salud, Belmopán, Belice
Dr. Chueh Chang	Taipei, Taiwan
Prof. Yan Fang Chen	Centro de Salud Mental Shandong, Jinan, República Popular de China
Dra. Chantharavdy Choulamanny	Mahosot, Hospital General, Vientane, República Democrática de Laos
Dra. Ellen Corin	Centro de Investigación Hospitalaria Douglas, Québec, Canadá
Dr. Jim Crowe	Presidente, Asociación Mundial de la Esquizofrenia y Desórdenes Asociados, Dunedin, Nueva Zelanda
Dr. Araba Sefa Dedeh	Facultad de Medicina de la Universidad de Ghana, Acre, Ghana
Dr. Nimesh Desai	Profesor de Psiquiatría y Superintendente Médico, Instituto del Comportamiento Humano y Ciencias Asociadas, India
Dr. M. Parameshvara Deva	Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina Perak, Malasia
Prof. Saida Douki	Presidente, Sociedad Psiquiátrica de Túnez, Túnez, Tunicia
Prof Ahmed Abou El-Azayem	Ex-presidente, Federación Mundial para la Salud Mental, El Cairo, Egipto
Dr. Abra Fransch	WONCA, Harare, Zimbabwe
Dr. Gregory Fricchione	Centro Carter, Atlanta, EEUU
Dr. Michael Friedman	Instituto para la Investigación Psiquiátrica Nathan S. Kline, Orangeburg, NY, EEUU
Diane Froggatt	Directora Ejecutiva, Asociación Mundial de la Esquizofrenia y Trastornos Asociados, Toronto, Ontario, Canadá
Gary Furlong	Centro de Salud Comunitario Metro Local, Montreal, Canadá
Dr. Vijay Ganju	Instituto de Investigación de la Asociación Nacional de Directores de Programas de Salud Mental Alexandria, VA, EEUU
Reine Gobeil	Hospital Psiquiátrico, Québec, Canadá
Dr. Nacanieli Goneyali	Ministerio de Salud, Suva, Fiji
Dr. Gaston Harnois	Centro de Investigación Hospitalaria Douglas, Centro colaborador OMS, Québec, Canadá
Gary Haugland	Instituto para la Investigación Psiquiátrica Nathan S. Kline, Orangeburg, NY, EEUU
Dr. Yanling He	Asesor, Ministerio de Salud, Beijing, República Popular de China

Prof. Helen Herrman	Departamento de Psiquiatría, Universidad de Melbourne, Australia
Karen Hetherington	Centro colaborador OMS/PAHO, Canadá
Prof. Fredereick Hickling	Sección de Psiquiatría, Universidad de las Indias Occidentales, Kingston, Jamaica
Dr. Kim Hopper	Instituto para la Investigación Psiquiátrica Nathan S. Kline, Orangeburg, NY, EEUU
Dr. Tae Yeon-Hwang	Director, Departamento de Rehabilitación Psiquiátrica y Psiquiatría Comunitaria, Yongin City, República de Corea
Dr. A. Janca	Universidad "Western Australia", Perth, Australia
Dr. Dale L. Johnson	Asociación Mundial de la Esquizofrenia y Trastornos Asociados, Taos, NM, EEUU
Dra. Kristine Jones	Instituto para la Investigación Psiquiátrica Nathan S. Kline, Orangeburg, NY, EEUU
Dr. David Musau Klima	Director, Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud, Nairobi, Kenya
Todd Kriebel	Ministerio de Salud, Wellington, Nueva Zelanda
John P. Kummer	Equilibrium, Unteraegeri, Suiza
Prof. Lourdes Ladrado-Ignacio	Departamento de Psiquiatría y Medicina Conductual, Facultad de Medicina y Hospital General Phillipine, Manila, Filipinas
Dr. Pirkko Lahto	Secretario General / CEO, Federación Mundial para la Salud Mental, Director Ejecutivo, Asociación Finlandesa para la Salud Mental, Helsinki, Finlandia
Eero Lahtinen	Ministerio de Salud y Asuntos Sociales, Helsinki, Finlandia
Dr. Eugene M. Laska	Instituto para la Investigación Psiquiátrica Nathan S. Kline, Orangeburg, NY, EEUU
Dr. Eric Latimer	Centro de Investigación Hospitalaria Douglas, Québec, Canadá
Dr. Ian Lockhart	Universidad de Ciudad del Cabo, Observatory, República de Sudáfrica
Dr. Marcelino López	Investigación y Evaluación, Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental, Sevilla, España
Annabel Lyman	División de Medicina Conductual, Ministerio de Salud, República de Palau
Dr. Ma Hong	Consejero, Ministerio de Salud, Beijing (Pekín), República Popular de China
Dr. George Mahy	Universidad de las Indias Occidentales, St. Michael, Barbados
Dr. Joseph Mbatia	Ministerio de Salud, Dar-es-Salaam, Tanzania
Dra. Céline Mercier	Centro de Investigación Hospital Douglas, Québec, Canadá
Dra. Leen Meulenbergs	Centro Interuniversitario Belga para la Investigación y la Acción, sobre la Salud y los Factores Psicobiológicos y Psicosociales, Bruselas, Bélgica
Dr. Harry I. Minas	Centro para la Salud Mental Internacional y Psiquiatría Transcultural, Hospital San Vicente, Fitzroy, Victoria, Australia
Dr. Alberto Minoletti	Ministerio de Salud, Santiago de Chile, Chile
Dra. P. Mogne	Ministerio de Salud, Mozambique
Dr. Paul Morgan	SANE, South Melbourne, Victoria, Australia
Dr. Driss Moousaoui	Universidad Psiquiátrica, Casablanca, Marruecos
Dr. Matt Muijem	Centro Sainsbury para la Salud Mental, Londres, Reino Unido
Dra. Carmine Munizza	Centro de Estudios e Investigación Psiquiátrica, Turín, Italia
Dr. Shisram Narayan	Hospital San Giles, Suva, Fiji
Dra. Sheila Ndyababangi	Ministerio de Salud, Kampala, Uganda
Dr. Grayson Norquist	Instituto Nacional de Salud Mental, Bethesda, MD, EEUU
Dr. Frank Njenga	Presidente. Asociación de Psiquiatras de Kenya, Nairobi, Kenya

Dr. Angela Ofori-Atta	Unidad de Psicología Clínica, Facultad de Medicina de la Universidad de Ghana, Korle-bu, Ghana
Prof. Mehdi Paes	Hospital Psiquiátrico de la Universidad de Arrazi, Sale, Marruecos
Dr. Rampersad Parasram	Ministerio de Salud, Puerto España, Trinidad y Tobago
Dr. Vikram Patel	Centro Sangath, Goa, India
Dr. Dixianne Penney	Instituto para la Investigación Psiquiátrica Nathan S. Kline, Orangeburg, NY, EEUU
Dr. Yogan Pillay	Proyecto Igualdad, Pretoria, República de Sudáfrica
Dr. M. Pohanka	Ministerio de Salud, República Checa
Dra. Laura L. Post	Servicios Psiquiátricos de Mariana, Saipan, EEUU
Dra. Prema Ramachandran	Comisión de Planificación, Nueva Delhi, India
Dr. Helmut Remschmidt	Departamento de Psiquiatría Infantil y Juvenil, Marburg, Alemania
Prof. Brian Robertson	Departamento de Psiquiatría, Universidad de Ciudad del Cabo, República de Sudáfrica
Dra. Julieta Rodríguez Rojas	Integrar a la adolescencia, Costa Rica
Dra. Agnes E. Rupp	Jefa, Programa de Investigación sobre Economía en Salud Mental, NIMH/NIH, EEUU
Dr. Ayesha M. Sammour	Ministerio de Salud, Autoridad Palestina, Gaza
Dr. Aive Sajas	Departamento de Bienestar Social, Tallin, Estonia
Dr. Radha Shankar	AASHA (Hope), Chennai, India
Dra. Carole Sieger	Instituto para la Investigación Psiquiátrica Nathan S. Kline, Orangeburg, NY, EEUU
Prof. Michele Tansella	Departamento de Medicina y Salud Pública, Universidad de Verona, Italia
Mrinali Thalagodapitiya	Directora Ejecutiva, NEST, Hendala, Watala, Gampaha District, Sri Lanka
Dr. Graham Thornicroft	Director, PRISM, Instituto Maudsley de Psiquiatría, Londres, Reino Unido
Dr. Giuseppe Tibaldi	Centro de Estudios e Investigación Psiquiátrica, Turín, Italia
Dra. Claire Townsend	Departamento de Psiquiatría, Universidad de Queensland, Toowoomba Qld., Australia
Dr. Gombodorjiin TseTsegdary	Ministerio de Salud y Bienestar Social, Mongolia
Dra. Bogdana Tudorache	Presidenta, Liga Rumana para la Salud Mental, Bucarest, Rumanía
Judy Towner-Crowson	Antigua Presidenta Asociación Mundial para la Rehabilitación Psicosocial, WAPR Comité de Apoyo, Hamburgo, Alemania
Pascale Van den Heede	Salud Mental Europa, Bruselas, Bélgica
Marianna Várfalvi-Bognar	Ministerio de Salud, Hungría
Dr. Uldis Veits	Comisión Municipal de Salud de Riga, Riga, Letonia
Luc Vigneault	Asociación de Grupos de Defensa de los Derechos en Salud Mental de Québec, Canadá
Dr. Liwei Wang	Asesor, Ministerio de Salud, Pekín, República Popular de China
Dr. Xiangdong Wang	Asesor Regional de Salud Mental en funciones, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Oeste, Manila, Filipinas
Prof. Harvey Whiteford	Departamento de Psiquiatría, Universidad de Queensland, Toowoomba Qld, Australia
Dr. Ray G. Xerri	Ministerio de Salud, Floriana, Malta
Dr. Xie Bin	Asesor, Ministerio de Salud, Pekín, República Popular de China
Dr. Xin Yu	Asesor, Ministerio de Salud, Pekín, República Popular de China
Prof. Shen Yucun	Instituto de Salud Mental, Facultad de Medicina Universidad de Pekin República Popular de China

Dr. Taintor Zebulon

Presidente, WAPR, Departamento de Psiquiatría, Centro Médico de la Universidad de Nueva York, Nueva York, EEUU

La OMS también desea agradecer el generoso apoyo financiero de los Gobiernos de Australia, Finlandia, Italia, Países Bajos, Nueva Zelanda y Noruega, así como de la Fundación Elly Lilly and Company y la Johnson and Johnson Corporate Social Responsibility, Europa.

“Todas las personas con trastornos mentales tienen derecho a recibir atención y tratamiento de calidad a través de unos servicios adecuados de salud mental. Estas personas deberían asimismo estar protegidas frente a cualquier tipo de discriminación o tratamiento inhumano.”

Presentación	x
Resumen	2
Objetivos y destinatarios	8
1. Introducción	9
1.1 La necesidad de una legislación sobre salud mental	9
1.2 Enfoques sobre la legislación de salud mental	10
1.3 Relación entre la política de salud mental y la legislación	11
2. Actividades preliminares a llevar a cabo por los países que deseen formular una legislación sobre salud mental	13
2.1 Identificación de los principales trastornos mentales y de los obstáculos a la puesta en práctica de las políticas y programas de salud mental	13
2.2 Recopilación de la legislación existente relativa a salud mental	15
2.3 Estudio de los tratados y estándares internacionales	15
2.4 Revisión de la legislación sobre salud mental en otros países	18
2.5 Consulta y negociación de los cambios a efectuar	19
3. Componentes clave de la legislación sobre salud mental	21
3.1 Condiciones fundamentales para la legislación sobre salud mental	21
3.2 Condiciones fundamentales para otras legislaciones con impacto en la salud mental	27
4. El proceso de diseño: acciones y temas clave	31
5. Promulgación de la legislación: acciones y temas clave	34
6. La puesta en práctica: obstáculos y soluciones	36
6.1 Obstáculos	36
6.2 Estrategias para superar las dificultades de la puesta en práctica	37
7. Recomendaciones y conclusiones	40
7.1 Recomendaciones para países sin legislación sobre salud mental	40
7.2 Recomendaciones para países con una legislación sobre salud mental limitada	40
7.3 Recomendaciones para países con legislaciones sobre salud mental redactadas que no han sido adoptadas/aprobadas	41
7.4 Recomendaciones para países con legislaciones sobre salud mental que no han sido debidamente implementadas	41
8. Ejemplos de países y sus legislaciones sobre salud mental	42
Definiciones	47
Referencias	47

Este módulo forma parte del Conjunto de Guías sobre Servicios y políticas de Salud Mental de la OMS, y proporciona información práctica para ayudar a los países a mejorar la salud mental de sus respectivas poblaciones.

¿Cuál es el propósito del Conjunto de Guías?

El propósito del Conjunto de Guías es ayudar a los planificadores y a los gestores de políticas a la hora de:

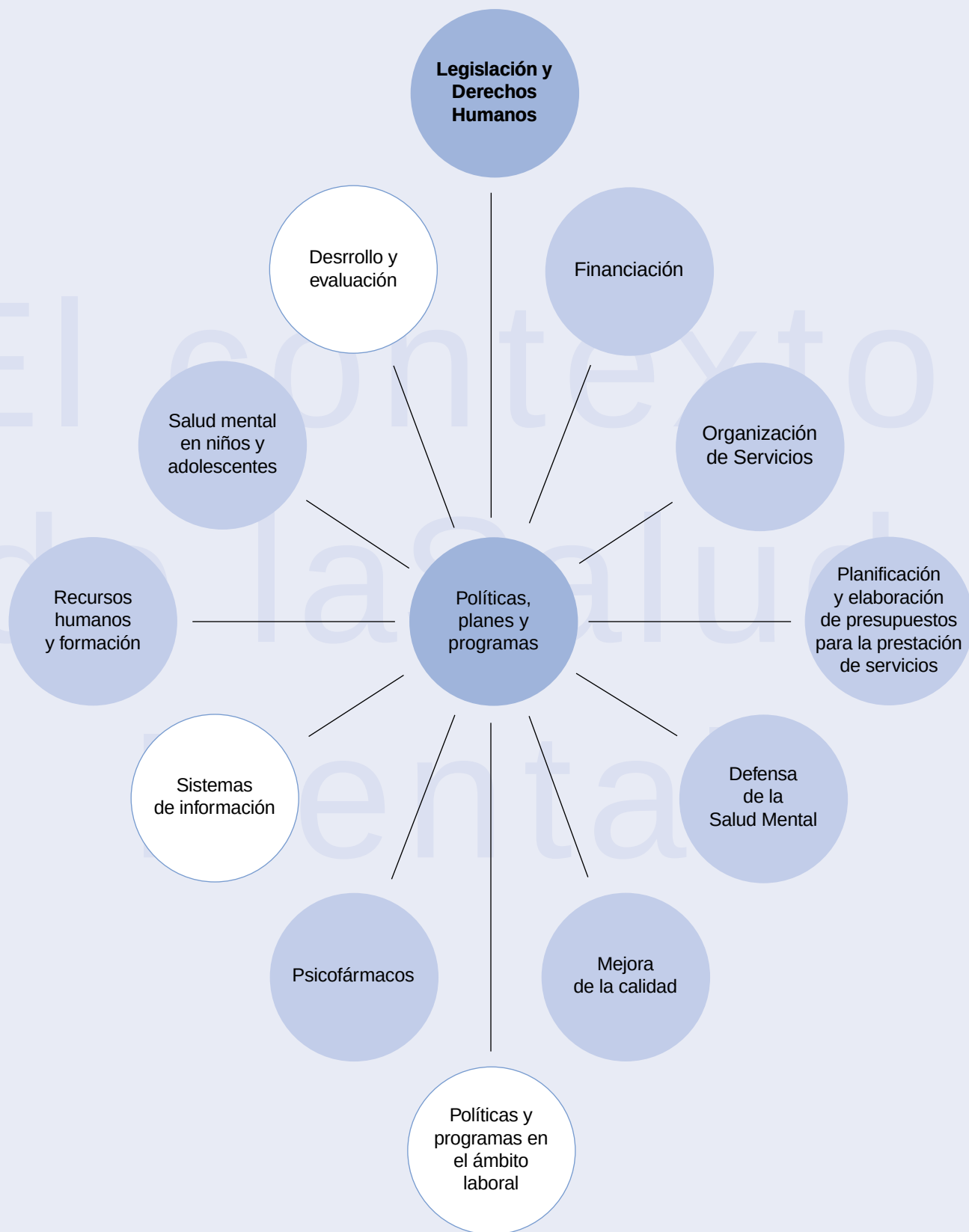
- desarrollar políticas y estrategias amplias para la mejora de la salud mental de las poblaciones.
- utilizar los recursos existentes para obtener los mayores beneficios posibles.
- proporcionar servicios eficaces a aquellos que lo necesiten.
- colaborar a la integración de las personas con trastornos mentales en la comunidad, mejorando de esta forma su calidad de vida.

¿Qué se incluye en el Conjunto de Guías?

Este Conjunto de Guías consta de una serie de módulos relacionados entre sí y fáciles de utilizar, diseñados para tratar toda una diversidad de necesidades y prioridades en el desarrollo de políticas y la planificación de servicios. El tema de cada módulo constituye un aspecto fundamental de la salud mental. El punto de inicio se halla en el módulo titulado *El Contexto de la Salud Mental*, donde se describe el contexto global de la salud mental y se resume el contenido de los demás módulos. Este módulo debería ayudar a los lectores a comprender el contexto global de la salud mental y permitirles seleccionar aquellos módulos que les resulten útiles para su contexto. El módulo principal es el que tiene por título *Políticas, Planes y Programas sobre Salud Mental*, el cual proporciona información detallada sobre el proceso de desarrollo de políticas y su puesta en práctica a través de planes y programas. Tras la lectura de este módulo, los países pueden centrarse en aspectos específicos de la salud mental, tratados en los otros módulos.

El Conjunto de Guías incluye los siguientes módulos:

- > El Contexto de la Salud Mental.
- > Políticas, Planes y Programas sobre Salud Mental
- > Financiación de la Salud Mental
- > Legislación y Derechos Humanos en Salud Mental
- > Defensa de la Salud Mental
- > Organización de los Servicios de Salud Mental
- > Mejora de la Calidad de la Salud Mental
- > Planificación y Elaboración de Presupuestos para la Prestación de Servicios de Salud Mental
- > Mejora al Acceso y Uso de Psicofarmacos
- > Recursos Humanos y Formación sobre Salud Mental
- > Salud Mental en Niños y Adolescentes



Los siguientes módulos no están todavía disponibles, pero se incluirán en la versión final del Conjunto de Guías:

- > Sistemas de Información sobre Salud Mental
- > Desarrollo y Evaluación de Políticas y Servicios de Salud Mental
- > Políticas y Programas sobre Salud Mental en el ámbito laboral

¿A quién va dirigido este Conjunto de Guías?

Los módulos resultarán de interés para:

- gestores de políticas y planificadores de salud.
- departamentos gubernamentales a nivel federal, estatal/regional y local.
- profesionales de la salud mental.
- grupos que representan a las personas con trastornos mentales.
- representantes o asociaciones de familias y cuidadores de personas con trastornos mentales.
- organizaciones de apoyo que representen los intereses de las personas con trastornos mentales y los de sus familiares.
- organizaciones no gubernamentales implicadas o interesadas en proporcionar servicios de salud mental.

Cómo utilizar los módulos

- Pueden emplearse individualmente o como un “paquete”: los módulos contienen referencias entre sí para facilitar su uso. Los países pueden examinar cada uno de los módulos de manera sistemática o bien utilizar uno de los módulos cuando deseen tratar un aspecto concreto de la salud mental. Por ejemplo, los países que deseen analizar el tema de la legislación pueden encontrar útil para este fin el módulo titulado *Legislación sobre Derechos Humanos y Salud Mental*.
- Pueden emplearse como material de formación para gestores de políticas de salud mental, planificadores y otras personas que se dediquen a organizar, suministrar y financiar servicios de salud mental. Pueden utilizarse como material formativo en cursos universitarios. Las organizaciones profesionales pueden utilizar estos materiales como ayudas a la formación de personas que trabajen en el ámbito de la salud mental.
- Pueden utilizarse como marco de referencia general o “guía de asesoría técnica” por parte de un amplio espectro de organizaciones nacionales e internacionales que dan apoyo a países que deseen reformar su política y/o servicios de salud mental.
- Los usuarios, familias y organizaciones de apoyo pueden emplearlos como instrumentos de apoyo. Los módulos contienen información útil para la educación pública y para aumentar la sensibilidad social sobre la salud mental entre los políticos, líderes de opinión, otros profesionales de la salud y el público en general.

Formato de los módulos

Cada módulo especifica claramente cuáles son sus objetivos y el tipo de audiencia al que va dirigido. Se presentan en un formato paso a paso para ayudar a los países en el uso y puesta en práctica de los consejos incluidos. Estos consejos no pretenden ser obligatorios ni deben ser interpretados de manera rígida: se anima a los países a que adapten el material según sus propias necesidades y circunstancias. Se proporcionan ejemplos prácticos a lo largo del módulo.

Existen abundantes referencias entre los diversos módulos. Puede que los lectores de un módulo necesiten consultar otro (indicado en el texto) si desean más información.

Todos los módulos deberían leerse a través del prisma de la política de la OMS de proporcionar la mayor parte de los cuidados de salud mental a través de los servicios de atención primaria y en el entorno comunitario. La salud mental es necesariamente un asunto que afecta a varios sectores: educación, empleo, vivienda, servicios sociales, justicia... Es importante establecer debates con organizaciones de usuarios y familias acerca del desarrollo de las políticas y de la prestación de servicios.

Dr. Michelle Funk

Dr. Benedetto Saraceno

LEGISLACIÓN SOBRE SALUD MENTAL Y DERECHOS HUMANOS

Contexto de la legislación sobre salud mental

La legislación sobre salud mental es necesaria para proteger los derechos de las personas con trastornos mentales, ya que son un sector vulnerable de la sociedad. Estas personas se enfrentan a la estigmatización, a la discriminación y la marginación en todas las sociedades, incrementándose así la probabilidad de que se violen sus derechos. Los trastornos mentales afectan, en ocasiones, a la capacidad de la persona para la toma de decisiones y puede que además ésta no busque o acepte un tratamiento para su problema. En algunas ocasiones las personas con trastornos mentales pueden suponer un riesgo para sí mismas y para otros, debido a esa merma de su capacidad de toma de decisiones. El riesgo de violencia o lesiones que se puede asociar a los trastornos de salud mental es relativamente bajo. Dada la cantidad de prejuicios que existen sobre este tema, es vital que éstos no influyan nunca en la legislación sobre salud mental.

La legislación sobre salud mental puede proporcionar un marco legal para abordar asuntos clave como la integración en la comunidad de personas con trastornos mentales, la prestación de una atención de calidad, la accesibilidad a dichos cuidados, la protección de los derechos civiles y la protección y promoción de derechos en otras áreas clave, como la vivienda, la educación y el empleo. La legislación también juega un papel importante a la hora de promover la salud mental y la prevención de trastornos mentales. La legislación sobre salud mental es más que una legislación sobre cuidados y tratamientos, y por lo tanto no se limita sólo a regular la forma en que se prestan dichos tratamientos en las instituciones sanitarias.

No existe una legislación nacional sobre salud mental en el 25% de los países que aglutinan casi el 31% de la población mundial, aunque en aquellos países con sistemas federales o autonómicos de gobierno pueden existir leyes federales o autonómicas sobre salud mental. De los países en los que sí existe tal legislación, la mitad poseen leyes nacionales aprobadas a partir de 1990. Alrededor de un 15% tienen legislaciones promulgadas antes de 1960, esto es, antes de que la mayoría de los tratamientos que se usan actualmente estuvieran disponibles (Organización Mundial de la Salud, 2001). La existencia de una legislación sobre salud mental no es necesariamente una garantía para la protección de los derechos de las personas con trastornos mentales. De hecho, en algunos países, las legislaciones sobre salud mental contienen disposiciones que violan los derechos humanos.

La legislación para la protección de los derechos de las personas con trastornos mentales puede ser **específica** o estar **dispersa**. La mayoría de los países tienen legislaciones sobre salud mental específicas, de tal forma que todas las cuestiones relevantes se incorporan en un único documento legislativo. Esta modalidad presenta una mayor facilidad de aceptación y promulgación. El proceso de redacción, aceptación y puesta en práctica de este tipo de legislación es una buena oportunidad para mejorar la conciencia social sobre estos temas, formando y educando al mismo tiempo a los responsables políticos y a la sociedad en general. La alternativa consiste en incluir disposiciones relacionadas con los trastornos mentales en otras legislaciones generales. Por ejemplo, se podrían incluir disposiciones sobre los derechos al empleo de las personas con trastornos mentales en la legislación laboral pertinente. Este enfoque puede facilitar notablemente la posibilidad de que se destinen recursos para personas con trastornos mentales porque formarían parte de una legislación de la que se beneficia un espectro más amplio de la población. No obstante, una legislación tan genérica es difícil de promulgar, ya que exige que se lleven a cabo correcciones y cambios en multitud de documentos legislativos y además se corre el riesgo de omitir cuestiones relevantes.

Un enfoque intermedio-combinado sería el más adecuado para tratar la complejidad de las necesidades de las personas con trastornos mentales. (Por ejemplo, la legislación específica sobre salud mental puede ser complementada en la legislación de carácter más general, en la cual se tratan asuntos relativos a la salud mental).

La legislación sobre salud mental debería verse como un proceso y no como un hecho puntual que tiene lugar una vez cada varias décadas. Esto permitiría que fuese adaptada en relación a los avances científicos en el tratamiento de los trastornos mentales y del desarrollo de la red de servicios. No obstante, las correcciones frecuentes tampoco son factibles, en tanto que requieren mucho tiempo y muchos recursos financieros y además se debería consultar a todas las partes implicadas. Una posible solución es la de establecer una serie de normas separadas de la legislación genérica pero que se puedan hacer cumplir a través de ésta. La legislación puede incluir disposiciones para la creación de normas y puede establecer el procedimiento para modificarlas. La ventaja principal de las normas es que no precisan que se vote constantemente para efectuar correcciones. En algunos países se emplean decretos y regulaciones internas de los servicios como alternativa a las normas.

La legislación sobre salud mental es esencial para complementar y reforzar la política sobre la misma, y además proporciona un marco legal para alcanzar sus objetivos. La legislación puede proteger los derechos humanos, mejorar la calidad de los servicios de salud mental y promover la integración en la comunidad de las personas con trastornos mentales. Estos objetivos son parte integral de las políticas nacionales sobre salud mental.

Actividades previas a la formulación de la legislación

Los países que hayan decidido redactar y promulgar una nueva legislación sobre salud mental deben realizar previamente ciertas actividades que pueden ser de gran ayuda en el proceso. En primer lugar, es importante identificar los principales problemas de salud mental y los obstáculos a la puesta en marcha de los planes y políticas de salud mental. La siguiente tarea consiste en hacer una revisión crítica de la legislación existente para así identificar los vacíos legales y las dificultades que deben ser tratadas en la nueva legislación.

Una parte importante de estas actividades previas implica el estudio de los derechos humanos internacionales y de las normas asociadas. Los países firmantes de dichos tratados, están obligados a respetar, proteger y cumplir los derechos incluidos en ellos. Las normas internacionales de derechos humanos como los Principios para la Protección de las Personas con Enfermedades Mentales y para la Mejora de la Atención a la Salud Mental (MI Principios), las Normas para la Igualdad de Oportunidades para Personas con Discapacidades (Standard Rules), la Declaración de Caracas (OPS), la Declaración de Madrid (Asociación Mundial de Psiquiatría) y otras normas, como por ejemplo: "Atención a la Salud Mental: diez principios básicos de la OMS" (WHO's Mental Health Care, ten basic principles), pueden servir para poner al día los contenidos de la legislación sobre salud mental. Estas normas sobre derechos humanos, aunque no son vinculantes para los países, muestran el acuerdo internacional sobre las buenas prácticas en el campo de la salud mental.

Entre las actividades previas también se debería incluir una revisión crítica de las legislaciones sobre salud mental existentes en otros países, especialmente aquellos con contextos sociales y culturales similares. Este análisis puede dar una visión amplia de las disposiciones incluidas en las diferentes legislaciones. Permite también identificar las disposiciones que limitan o violan los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y que, por tanto, deberían evitarse en la nueva legislación. Dicho análisis también puede conducir a la identificación de las deficiencias que obstaculizan la puesta en práctica de una legislación sobre salud mental.

El paso final de las actividades previas es implicar a todas las partes interesadas para la negociación y alcanzar un consenso sobre los aspectos de la nueva legislación. Este consenso y las negociaciones posteriores son importantes no sólo en la redacción de la legislación, sino también en su futura implementación.

Contenido de la legislación sobre salud mental

Los componentes clave de la legislación sobre salud mental se tratan más abajo. No son de ninguna manera exclusivos o exhaustivos, sino que representan los aspectos más importantes que deben ser abordados.

Condiciones fundamentales en la legislación sobre salud mental

El principio de la alternativa menos coercitiva requiere que las personas dispongan siempre de tratamiento en lugares que tengan la menor repercusión posible en su libertad personal, estatus y derechos sociales, incluyendo su capacidad para seguir con su trabajo y con su vida cotidiana. En la práctica esto significa promover la atención basada en la comunidad y recurrir a tratamientos institucionales sólo en circunstancias excepcionales. Si el tratamiento institucional es necesario, la legislación debería promover el ingreso y tratamiento voluntarios, y autorizar el ingreso y tratamiento involuntarios sólo en circunstancias excepcionales. El desarrollo de servicios de atención comunitaria es un requisito indispensable para llevar este principio a la práctica.

La legislación debería garantizar a las personas con trastornos mentales el derecho a la confidencialidad en lo que respecta a toda información obtenida en el contexto clínico. Las leyes deberían impedir explícitamente la revelación, examen o divulgación de los archivos médicos del paciente sin su consentimiento expreso.

El principio de consentimiento informado y libre debe contemplarse en la legislación. El tratamiento sin consentimiento (tratamiento involuntario) debería permitirse sólo en situaciones excepcionales (que deberán ser definidas también). La legislación debería incorporar procedimientos adecuados que protejan los derechos de las personas con trastornos mentales cuando vayan a ser tratadas involuntariamente y, asimismo, permitir únicamente los ensayos clínicos si el paciente ha dado su consentimiento informado. Esto se aplicaría tanto en el caso de pacientes ingresados de manera involuntaria como en el caso de pacientes voluntarios.

El ingreso involuntario debería ser la excepción, y debería producirse sólo en circunstancias muy específicas. La legislación debería definir estas circunstancias extraordinarias y establecer los procedimientos a seguir para el ingreso involuntario. En estos casos debería contemplar el derecho a reclamar ante un órgano de apelación competente o acceder a los mecanismos que lo faciliten.

El tratamiento voluntario está asociado al consentimiento informado. La legislación debe asegurar que todos los tratamientos sean proporcionados sobre la base del consentimiento libre e informado excepto en circunstancias excepcionales. Este consentimiento no puede ser legal si va acompañado de amenazas explícitas o implícitas de tratamiento forzoso o si no se han ofertado, para su toma en consideración, otras alternativas al tratamiento propuesto.

La legislación debería permitir únicamente el tratamiento voluntario, es decir, después de que se haya dado el consentimiento libre e informado de los pacientes admitidos voluntariamente en los servicios de salud mental. Los pacientes involuntarios deberían ser tratados de la misma manera que los voluntarios (sobre las bases de la voluntariedad) excepto en situaciones extraordinarias, por ejemplo, en caso de estar incapacitados para dar el consentimiento, y cuando el tratamiento es necesario para mejorar la salud mental y/o evitar un deterioro sustancial de la salud mental y/o evitar autoagresiones o daños a terceros. La legislación debería establecer procedimientos para proteger los derechos humanos de las personas que sean tratadas de manera involuntaria y proporcionarles protección ante posibles abusos de poder. Estos procedimientos incluyen; la obtención de una segunda opinión independiente, la obtención de permisos por parte de una autoridad independiente basada en recomendaciones profesionales, permitir el acceso al derecho de apelación contra el tratamiento involuntario y a tener un mecanismo de revisión periódica del tratamiento involuntario.

El tratamiento involuntario en servicios comunitarios puede ser útil como alternativa al ingreso en instituciones y se ajusta al principio de la alternativa menos restrictiva. La evaluación de la efectividad de este tipo de medidas no es posible en el momento actual porque aún no existen conocimientos y evidencias suficientes en este campo. No obstante, en los países que han adoptado estas medidas es importante que existan las suficientes garantías para proteger los derechos humanos de los pacientes afectados, de la misma forma que ocurre en otros dispositivos asistenciales.

La legislación debería contener los mecanismos para la revisión automática de todos los casos de ingreso y tratamiento involuntario. Esto debería incluir un órgano de apelación independiente con estatus legal o cuasi-legal que le permitiera actuar como autoridad reguladora. La legislación debería especificar la composición, poderes y deberes de este órgano.

La legislación debería regular el nombramiento de tutores para las personas incapacitadas que no posean la capacidad de tomar decisiones ni manejar sus propios asuntos. De la misma manera debería regularse y definirse por la ley quién será la autoridad apropiada para tomar tales decisiones, definir los deberes de los tutores y diseñar mecanismos para evitar los abusos por parte de éstos.

Condiciones fundamentales para otras legislaciones con impacto en salud mental

Los componentes de las legislaciones en sectores no específicamente sanitarios también son importantes para la prevención de trastornos mentales y la promoción de la salud mental. La vivienda es de vital trascendencia en lo que se refiere a la integración de personas con trastornos mentales en la comunidad. La legislación sobre la vivienda debería proteger los derechos de las personas con trastornos mentales, por ejemplo, evitando la segregación geográfica, dándoles prioridad en el acceso a una vivienda y animando a las autoridades a que se construyan nuevas viviendas.

Tanto niños como jóvenes y adultos tienen el derecho a beneficiarse de instalaciones y oportunidades educativas adecuadas. Los países deberían asegurar que la educación de las personas con trastornos mentales es una parte esencial del sistema educativo. Los programas específicos de salud mental en los centros educativos juegan un papel fundamental a la hora de identificar precozmente problemas de carácter emocional o conductual en los niños y por tanto ayudan a prevenir minusvalías secundarias a los trastornos mentales. Estos programas escolares también ayudan a tomar conciencia de los trastornos emocionales y conductuales y a desarrollar habilidades para enfrentarse con el estrés y la adversidad.

El empleo es un tema clave para la promoción de la integración en la comunidad. La legislación debería proteger a las personas con trastornos mentales de la discriminación, explotación y despidos improcedentes basados en el trastorno mental. También existe la necesidad de que se promueva la creación y financiación de programas de rehabilitación laboral, incluyendo programas de financiación preferente y de discriminación positiva.

Las pensiones por invalidez y los subsidios son otras áreas donde la legislación puede ayudar a proteger y promover los derechos de los enfermos mentales y favorecer además su integración en la comunidad. La legislación civil debería permitir a las personas con trastornos mentales ejercitar todos sus derechos, ya sean civiles, políticos, económicos, sociales o culturales, incluyendo el derecho a votar, a casarse, a tener hijos, a tener propiedad privada y disponer de libertad de movimiento y elección de lugar de residencia. Otras áreas de la actuación legislativa deben incluir la mejora del acceso a los psicofármacos y la atención a la salud mental en los servicios de atención primaria.

La legislación puede incluir normas específicas para la protección de grupos vulnerables, como los niños, las mujeres, los ancianos y la población indígena. Puede haber medidas para promover los vínculos afectivos materno-filiales mediante la regulación de bajas laborales por maternidad, para facilitar la detección precoz y prevención temprana del abuso infantil, para restringir el acceso al alcohol y las drogas y para crear programas de salud mental en las escuelas.

Cuestiones de procedimiento en la legislación sobre salud mental

La tarea de redactar la legislación debería ser llevada a cabo por un comité heterogéneo con opiniones e intereses diversos. Los miembros del comité deberían aportar experiencias diversas. La participación de usuarios y cuidadores es crucial, pero se descuida habitualmente. El comité debería incluir representantes de los ministerios, legisladores, profesionales de la salud mental, representantes de los usuarios, cuidadores, organizaciones de apoyo y expertos con experiencia en trabajo con mujeres, niños, ancianos y otros grupos vulnerables.

El borrador de la legislación propuesta debería ser revisado por todos los implicados en el campo de la salud mental. Esta revisión cumple un papel crucial a la hora de identificar posibles puntos débiles en la legislación, conflictos potenciales con la legislación vigente, puntos clave que han pasado inadvertidos y posibles dificultades prácticas en su desarrollo. La consulta también ofrece una oportunidad para que la opinión pública desarrolle una actitud más positiva para con los temas relativos a la salud mental. Más importante aún: la consulta sistemática puede tener un impacto positivo en la puesta en práctica de la legislación.

El proceso de promulgación de la legislación será probablemente el que más tiempo requiera. La existencia de otras prioridades, especialmente en países en vías de desarrollo, puede significar que la legislación sobre salud mental se vea ignorada o demorada en la legislatura. La movilización de la opinión pública y la presión activa sobre los legisladores son dos posibles maneras de promover y acelerar el proceso de promulgación de la legislación.

Se pueden anticipar y prever las dificultades en la puesta en práctica de la legislación desde el momento en que se redacta y por tanto se pueden tomar medidas correctoras. En muchos países, la escasa atención que se ha dispensado a la puesta en práctica ha significado que la práctica difiera sustancialmente de lo que está dispuesto por ley. Las dificultades de desarrollo pueden surgir por la escasez de recursos económicos y humanos, falta de conocimiento de la legislación por parte de los profesionales, cuidadores, familias y público en general o por una mala coordinación y, en ocasiones, por culpa de dificultades de procedimiento.

Evidentemente, se requiere una financiación para la puesta en práctica de una nueva legislación. Se necesita, por ejemplo, para el funcionamiento de una comisión de revisión, para la formación de los profesionales de salud mental en el uso de la legislación y para los cambios prescritos en los servicios de salud mental. Por tanto, debe realizarse un presupuesto adecuado para estas actividades. Dado que los presupuestos para salud mental forman parte del presupuesto general de salud en muchos países, es importante asegurarse que el de salud mental se use sólo para ese propósito y que los fondos no se desvíen hacia otros temas de salud.

Un órgano de coordinación podría ayudar con la puesta en práctica de las diversas secciones de la legislación de salud mental de acuerdo a un determinado programa o agenda. Esta función podría ser desempeñada por el Ministerio de Salud con la ayuda de una comisión de revisión y organizaciones de apoyo. Algunas de las funciones del órgano de coordinación incluirían el desarrollo de normas y procedimientos para la puesta en práctica de la legislación, la preparación de formularios e impresos estandarizados y la regulación de la formación y acreditación para los profesionales de salud mental.

Se puede ayudar a la puesta en práctica mediante una amplia difusión de las disposiciones de la nueva legislación de salud mental entre los profesionales de salud mental, los usuarios, cuidadores y las organizaciones de apoyo. Un programa continuado de educación pública y un aumento del interés público por el tema también pueden jugar un papel muy importante en su desarrollo.

Objetivos y destinatarios

Este módulo pretende:

- proporcionar una visión general del contexto de la legislación sobre salud mental y perfilar los contenidos clave de dicha legislación.
- resaltar las etapas a seguir en la formulación y puesta en práctica de la legislación sobre salud mental.
- servir como instrumento de apoyo a la promulgación y puesta en práctica de la legislación sobre salud mental.

Este módulo será de interés para:

- gestores de políticas, legisladores, planificadores de salud y planificadores de salud mental;
- grupos de usuarios.
- representantes o asociaciones de familias y cuidadores de personas con trastornos mentales.
- organizaciones de apoyo que representan los intereses de las personas con trastornos mentales y de sus familiares.
- grupos de derechos humanos que trabajen con o en beneficio de personas con trastornos mentales.
- funcionarios de los ministerios de salud, bienestar social y justicia.

1. Introducción

1.1 La necesidad de una legislación sobre salud mental

La legislación sobre salud mental es imprescindible debido a la vulnerabilidad específica de las personas con trastornos mentales. Esta vulnerabilidad existe por dos motivos.

En primer lugar, los trastornos mentales pueden afectar a las personas en su modo de pensar y a sus conductas, así como a su capacidad para proteger sus propios intereses y, en ocasiones excepcionales, a su capacidad para tomar decisiones. En segundo lugar, las personas con trastornos mentales se enfrentan a la estigmatización, a la discriminación y a la marginalización en la mayor parte de las sociedades. La estigmatización incrementa la probabilidad de que a estas personas se les niegue el tratamiento que necesitan o de que reciban una atención de menor calidad e inadecuada a sus necesidades. La marginación y la discriminación también aumentan el riesgo de que se produzcan violaciones de sus derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales por parte de los proveedores de servicios de salud mental y de otros.

Las personas con trastornos mentales pueden, en raras ocasiones, presentar un riesgo para sí o para otros, debido a alteraciones conductuales o al deterioro de su capacidad de decisión. Esto tiene consecuencias para la gente que está en relación con ellos; familiares, vecinos, compañeros de trabajo, y la sociedad en general. El riesgo de violencia o agresión asociado a los trastornos mentales es relativamente pequeño. Las creencias erróneas sobre la peligrosidad de estos trastornos no deberían influir en la puesta en marcha de la legislación sobre salud mental.

Las personas con trastornos mentales soportan condiciones de vida muy duras en algunos países. Se enfrentan a la marginación económica, en parte por la discriminación y en parte por la ausencia de protección legal frente al trato inadecuado o abusivo. A menudo se les niega la oportunidad de estudiar, de trabajar o de disfrutar de servicios públicos y/u otro tipo de instalaciones. En muchos casos ocurre que ciertas leyes, aunque no discriminan activamente a las personas con trastornos mentales, colocan obstáculos o cargas innecesarias o inadecuadas sobre éstas. En algunos países, las personas con trastornos mentales son objeto de vejaciones, como la negación arbitraria de derechos garantizados a cualquier otro ciudadano.

La legislación sobre salud mental, por tanto, va más allá de los cuidados y tratamientos, es decir, no se limita a regular los cuidados de salud mental ofrecidos en las instituciones, sino que proporciona un marco legal para tratar temas complejos relacionados con la salud mental, incluyendo la accesibilidad a la atención, unos cuidados de alta calidad, la rehabilitación y el seguimiento, la integración total de los enfermos mentales en la comunidad, la prevención de las enfermedades mentales y la promoción de la salud mental en diferentes sectores de la sociedad.

La existencia de una legislación nacional sobre salud mental no garantiza necesariamente que los derechos humanos de las personas con trastornos mentales se protejan o se respeten. De hecho, en algunos países, existen normas de la legislación sobre salud mental que violan los derechos humanos de los afectados. No existe una legislación sobre salud mental en el 25% de países, que aglutinan casi el 31% de la población mundial, aunque en aquellos países con gobiernos federales o autonómicos pueden existir leyes federales o autonómicas sobre salud mental. A este respecto existen numerosas diferencias entre distintas regiones del mundo. Así, un 91,7% de los países en la región europea poseen legislaciones sobre salud mental, mientras que en la región del mediterráneo oriental tan sólo un 57% disponen de ellas. En un 50% de los países, las leyes relativas a salud mental fueron aprobadas después de 1990, mientras que en el 15% la legislación sobre salud mental se remonta a antes de 1960, época en la que la mayoría de los tratamientos actuales no estaban disponibles. (Organización Mundial de la Salud, 2001).

Las personas con trastornos mentales son un sector vulnerable de la población.

Las personas con trastornos mentales se ven estigmatizadas en la mayoría de las sociedades.

Las personas con trastornos mentales sufren marginación y discriminación económica.

La legislación sobre salud mental debe ser global.

Un 25% de los países no tienen una legislación sobre salud mental.

1.2 Enfoques sobre la legislación de salud mental

Hay dos maneras de enfocar la legislación sobre salud mental. En algunos países no existe una legislación específica sobre salud mental y todas las disposiciones relativas a las personas con trastornos mentales están insertas en la legislación general. A esto se denomina legislación dispersa. La mayoría de los países, no obstante, posee una legislación sobre salud mental de tipo específico, en la cual están incluidos todos los asuntos pertinentes o relativos a las personas con trastornos mentales.

Ambos enfoques presentan ventajas e inconvenientes. La legislación específica es fácil de promulgar y adoptar, no siendo necesario derogar o cambiar una multitud de leyes ya existentes. El proceso de redacción, adopción y puesta en práctica de una legislación específica también proporciona oportunidades para mejorar la conciencia ciudadana acerca de los trastornos mentales y para educar a los gestores y al público general sobre los derechos humanos, la estigmatización y la discriminación. No obstante, se ha argumentado que las legislaciones específicas aumentan la segregación de las personas con trastornos mentales. Tiene, además, el potencial de reforzar los prejuicios y los estigmas contra los enfermos mentales.

La estrategia de introducir disposiciones relacionadas con los trastornos mentales en las legislaciones pertinentes pretende reducir el estigma y favorecer la integración comunitaria de las personas con trastornos mentales. Estas disposiciones dispersas en la legislación general también favorecen que las leyes promulgadas para el beneficio de las personas con problemas mentales se pongan en práctica, ya que forman parte de una legislación que beneficia al conjunto de ciudadanos. La experiencia en muchos países pone de manifiesto que la práctica a veces difiere de lo dispuesto por la ley en asuntos relativos a la salud mental. La mayor desventaja de una legislación dispersa es la dificultad de asegurar que se cubren todos los aspectos legislativos relevantes para las personas con problemas de salud mental. Además, se requiere una legislatura más larga, ya que se deben efectuar múltiples enmiendas a las leyes ya existentes.

No existen evidencias para afirmar que un enfoque es mejor que el otro. Un enfoque combinado podría ser lo mejor para tratar las complejas necesidades de las personas con trastornos mentales. Los temas relativos a la salud mental deberían incluirse en otras leyes y, a poder ser, completarse con una legislación específica sobre salud mental.

La puesta en práctica de la legislación sobre salud mental no debe verse como un acto puntual sino como un proceso continuo en el tiempo. Esto significa que la legislación debería ser evaluada, revisada y modificada de acuerdo con los avances en los tratamientos y con las mejoras en la prestación y desarrollo de servicios. Es difícil establecer la frecuencia con la que se debería modificar la legislación. No obstante, un período de entre cinco y diez años parece adecuado, teniendo en cuenta la experiencia de países que han llevado a cabo cambios en este campo, como por ejemplo el Reino Unido. En realidad es difícil hacer modificaciones frecuentemente debido a la duración de dicho proceso, su coste y la necesidad de consultar con todos los sectores implicados.

Una solución es tener en cuenta la introducción de una serie de normativas para temas concretos, susceptibles de ser modificados constantemente. Las normativas no van incluidas en la legislación, sino que simplemente se describe el proceso para introducirlas y revisarlas. En Sudáfrica, por ejemplo, la legislación sobre salud mental utiliza mucho este tipo de normas. Las normas para acreditar oficialmente a los profesionales de salud mental no están escritas en la legislación, sino que forman parte de este tipo de normativas. La legislación específica quién es el responsable de definir el marco general y los principios básicos en los que estas normativas deben basarse. La ventaja es que es posible modificar o adaptar las normas sin pasar por el largo proceso de modificar la legislación básica. Las normas aportan, por tanto, un elemento de flexibilidad a la legislación sobre salud mental. En algunos países se emplean los decretos y las regulaciones internas de los servicios como alternativas a las normas.

La mayoría de los países poseen legislaciones específicas.

Las legislaciones específicas son fáciles de promulgar y adoptar.

Las legislaciones generales pueden ayudar a reducir la estigmatización y favorecer la integración en la comunidad.

Un enfoque combinado de legislaciones generales y específicas sería preferible.

La legislación sobre salud mental debería verse como un proceso continuado en el tiempo más que como un hecho puntual.

Las normativas pueden usarse como parte de la legislación.

1.3 Relación entre la política de salud mental y la legislación

La legislación sobre salud mental es esencial para complementar y reforzar la política sobre salud mental, pero no es su sustituta. Proporciona un marco legal que asegura la consideración de temas complejos, como son el acceso a los servicios de salud mental, la prestación de una atención con calidad humana y técnica, la rehabilitación y el seguimiento, la total integración de las personas con trastornos mentales en la comunidad y la promoción de la salud mental en diferentes sectores de la sociedad.

Entre los aspectos claves de la interrelación entre políticas y legislación están los siguientes:

1.3.1 Derechos humanos. Los derechos humanos deben ser una dimensión clave en el diseño, desarrollo, seguimiento y evaluación de los programas y políticas de salud mental. Estos incluyen, entre otros, los derechos a la igualdad; a la no discriminación; a la dignidad; al respeto a la privacidad y a la autonomía individual, a la información y a la participación. La legislación sobre salud mental es un instrumento para codificar y consolidar estos valores y principios fundamentales de la política sobre salud mental.

1.3.2 Integración en la comunidad. Este tema es importante en la mayoría de los países que han desarrollado o revisado sus políticas sobre salud mental. La legislación debe asegurar que el ingreso involuntario esté restringido a situaciones excepcionales, cuando el individuo representa una amenaza para sí mismo y/o para los demás, y cuando las alternativas basadas en los servicios comunitarios no sean factibles. Puede, por tanto, servir de estímulo para el desarrollo de una diversidad de servicios comunitarios. La restricción del ingreso involuntario a un período limitado de tiempo, normalmente de unos meses en lugar de años, crea más estímulos para una atención comunitaria y para la rehabilitación. La legislación debe permitir a las personas con trastornos mentales, a sus familias y cuidadores el jugar un papel importante en las relaciones con los servicios de salud mental, incluyendo el ingreso en los dispositivos de salud mental. Por ejemplo, las personas podrán apelar en representación de los miembros de su familia y tendrán el derecho a ser consultados acerca del plan terapéutico. La legislación puede ayudar a mantener vínculos y redes sociales que son cruciales para la integración en la comunidad. Se ha demostrado que estos vínculos afectan a los resultados: en un estudio sobre 226 pacientes de una unidad residencial en Nigeria, se observó que la interrupción de las visitas familiares a los pacientes, en familias extensas, contribuyó a que se prolongaran las estancias o incluso a que se hicieran indefinidas (Jegede y Colb, 1985).

1.3.3 Vínculos con otros sectores. La legislación puede evitar la discriminación contra las personas con trastornos mentales en el área del empleo. Algunos ejemplos serían la protección contra los despidos asociados a tener un trastorno mental y programas de discriminación positiva para mejorar el acceso a empleos remunerados. En lo que respecta a la vivienda, la legislación puede mejorar el acceso a la misma evitando la segregación geográfica de las personas con trastornos mentales y forzando a las autoridades a proporcionar viviendas subvencionadas a las personas afectadas por estos trastornos. La legislación sobre pensiones de minusvalía también puede promover la igualdad y la justicia.

1.3.4 Mejorando la calidad de la atención médica. Las disposiciones legislativas sobre las condiciones generales de vida y la protección contra el tratamiento inhumano o degradante pueden llevar a mejoras significativas de los dispositivos de salud mental. La legislación puede fijar unos estándares mínimos respecto a las condiciones de vida y de tratamiento en los dispositivos de salud mental. Pueden también establecer los requisitos y habilidades mínimas para acreditar a los profesionales de la salud mental, asegurando así que exista un nivel mínimo de conocimientos que deben cumplirse en todo el país. Asimismo, puede fijar unos estándares mínimos de personal a la hora de acreditar los dispositivos de salud mental, actuando así como un incentivo fundamental para la inversión en el desarrollo de recursos humanos.

La legislación proporciona un marco legal para lograr los objetivos de las políticas sobre salud mental.

La legislación recoge los valores y principios de los derechos humanos que impregnan las políticas de salud mental.

La legislación puede ayudar a promover la integración en la comunidad de las personas con trastornos mentales.

La legislación puede ayudar a lograr los objetivos de las políticas sobre salud mental en áreas ajenas al sector de la salud mental.

La legislación puede ayudar a mejorar la calidad de la atención médica.

Puntos clave: Introducción

- Las personas con trastornos mentales constituyen un sector vulnerable de la sociedad.
- La legislación sobre salud mental es necesaria para proteger los derechos de las personas con trastornos mentales.
- La legislación sobre salud mental se ocupa de algo más que de la atención y el tratamiento de los pacientes. Proporciona un marco legal para tratar temas complejos relativos a la salud mental como el acceso a los cuidados médicos, la rehabilitación, la post-cura, la integración total de las personas con trastornos mentales en la comunidad y la promoción de la salud mental en otros sectores de la sociedad.
- Un 25% de los países que albergan el 31% de la población mundial no poseen una legislación sobre salud mental.
- La mayoría de los temas relativos a la salud mental pueden recogerse en un único documento específico o hallarse dispersos en leyes generales. Una combinación de ambos enfoques parece ser la solución más efectiva.
- La legislación sobre salud mental es parte integral de la política sobre salud mental y proporciona un marco legislativo para lograr los objetivos de dicha política.

2. Actividades preliminares a llevar a cabo por los países que deseen formular una legislación sobre salud mental

Antes de que comience el proceso de redacción y posterior aprobación de la legislación, se deben llevar a cabo una serie de actividades que pueden resultar muy útiles a la hora de formular sus contenidos. Estas actividades incluyen:

- (1) Identificar los principales trastornos mentales y los obstáculos a la puesta en práctica de la política y programas de salud mental.
- (2) Recopilar las leyes existentes sobre salud mental y/o las leyes de carácter general que traten aspectos relativos a la salud mental y buscar aquellos aspectos legales que sean insuficientes, inexistentes o que precisen ser reformulados.
- (3) Estudiar los estándares y acuerdos internacionales relativos a los derechos humanos y la salud mental e identificar aquellos que hayan sido ratificados por el país.
- (4) Estudiar los componentes de la legislación sobre salud mental de otros países, en particular de aquellos que tengan una historia social y cultural similar al país.
- (5) Iniciar los procesos de consulta y negociación sobre los cambios a efectuar.

En la mayoría de los países, los profesionales responsables de salud mental en los ministerios de salud deberán tomar la responsabilidad de llevar a cabo estas actividades preliminares.

2.1 Identificación de los principales trastornos mentales y de los obstáculos a la puesta en práctica de las políticas y programas de salud mental.

El primer paso consiste en obtener información fiable sobre los trastornos mentales en todo el país y también sobre las distintas variaciones entre regiones y grupos de población. Estos datos se recogen habitualmente durante el desarrollo de los planes y las políticas nacionales sobre salud mental. A través de este proceso, los datos estarán disponibles para aquellos que estén trabajando en la legislación sobre salud mental. (Ver los módulos; *Políticas, planes y programas sobre salud mental* y *Planificación y elaboración de los presupuestos para los servicios de salud mental*).

También es importante conocer bien los obstáculos a la puesta en práctica de los programas y las políticas sobre salud mental. La legislación puede utilizarse para superar o romper algunos de esos obstáculos, en especial aquellos que tengan que ver con la accesibilidad y la equidad. El Cuadro 1 muestra algunos de los obstáculos que pueden superarse gracias a esfuerzos legislativos y ofrece también una indicación sobre áreas prioritarias a desarrollar en la legislación.

Los profesionales de los ministerios de salud deberían asumir la responsabilidad de las actividades preliminares.

**Cuadro 1. Principales obstáculos al desarrollo de los programas
y las políticas sobre salud mental que la legislación puede ayudar a superar.**

- Puede haber carencias de servicios de salud mental en ciertas áreas o en todo el país.
- El coste de los servicios de atención de salud mental puede ser demasiado elevado para mucha gente y los seguros de salud pueden incluir sólo una cobertura parcial de los tratamientos psiquiátricos, o ninguna.
- La calidad de los cuidados y las condiciones de vida en los hospitales psiquiátricos pueden ser bajas y esto puede conducir a situaciones de violación de los derechos humanos.
- Las normativas y controles relacionados con los ingresos involuntarios y los tratamientos son generalmente muy deficientes, y esto se asocia con frecuencia a una pérdida de libertad del individuo.
- El estigma y la discriminación asociados a los trastornos mentales tienen un impacto negativo en el acceso a los servicios y en la integración social de las personas que sufren tales trastornos.
- Las personas con trastornos mentales pueden ver negados sus derechos básicos referentes a asuntos civiles, participación social, expresión cultural, participación en elecciones, libertad de opinión, vivienda, empleo, educación y otras áreas.
- Algunas condiciones sociales o prácticas culturales pueden dañar la salud mental de ciertos grupos de población.
- Puede existir una falta de recursos para programas de salud mental en escuelas y lugares de trabajo.

2.2 Recopilación de la legislación existente relativa a salud mental

La siguiente tarea consiste en estudiar la legislación existente sobre salud mental y los componentes en las leyes generales que tienen relación con las personas con trastornos mentales. Una revisión sistemática y crítica ayudará a identificar lagunas y problemas que la nueva legislación deberá tratar. Esta revisión podría revelar que la legislación existente no incluye disposiciones para asegurar una calidad adecuada de los cuidados ni para proteger los derechos de los enfermos mentales. En algunos casos se pondrá de manifiesto que el país sí posee una legislación sobre salud mental y que el problema es ponerla en práctica. En estos casos no hay necesidad de alterar, modificar o cambiar dicha legislación, ni tampoco de redactar una nueva. (Ver la Sección 6).

La siguiente tarea consiste en revisar la legislación vigente para localizar las áreas que la nueva legislación debería desarrollar.

2.3 Estudio de los tratados y estándares internacionales.

Los países que han firmado tratados internacionales sobre derechos humanos están obligados a respetar, proteger y cumplir los derechos establecidos en dichos tratados. Entre los más importantes destacan; la Declaración Internacional de Derechos, en la que se incluyen la Declaración de los Derechos Humanos de la ONU, el Convenio Internacional sobre Derechos Políticos y Civiles y el Convenio Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Es importante que se revisen estos documentos exhaustivamente cuando se está preparando la legislación sobre salud mental. También hay acuerdos internacionales de estándares sobre buenas prácticas que no son legalmente vinculantes. Estos incluyen los Principios para la Protección de las Personas con Enfermedades Mentales y para la Mejora de los Servicios de Salud Mental (MI Principios), las Normas Estándar para la Igualdad de Oportunidades de las Personas con Minusvalías, la Declaración de Caracas (OPS), la Declaración de Madrid (WPA) y otros estándares como la “Ley sobre cuidados de Salud Mental: diez principios básicos”, de la Organización Mundial de la Salud.

Hay varios tratados y estándares internacionales que deberían servir de modelo para vertebrar las legislaciones de los países.

Ciertos convenios internacionales, aunque no estén formulados específicamente para la protección de las personas con trastornos mentales, garantizan, en los países firmantes, la protección de los derechos humanos. Por ejemplo, el artículo 7 del Convenio Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos proporciona a todos los individuos, incluidos aquellos con trastornos mentales, protección frente a la tortura y la crueldad, el tratamiento inhumano o degradante, el castigo, así como el derecho a no ser sometido a experimentos médicos o científicos sin un consentimiento libre e informado. El Artículo 12 del Convenio Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce el derecho de todas las personas, incluyendo a aquellas con trastornos mentales, a disfrutar de los mejores estándares posibles de salud física y mental.

Ciertos convenios internacionales proporcionan una protección legalmente exigible de los derechos humanos.

El Tratado Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, respaldado por el Tribunal Europeo de los Derechos Humanos, proporciona, en los países que han ratificado dicho tratado, una protección obligatoria de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales. La legislación sobre salud mental en los países europeos debe proporcionar una protección contra el ingreso involuntario de las personas con trastornos mentales, basadas en los tres principios siguientes, establecidos por el Tribunal Europeo de los Derechos Humanos: a) el trastorno mental debe ser determinado por un médico especialista, objetivo e imparcial; b) el trastorno mental debe tener tal naturaleza y grado que requiera un internamiento involuntario c) se debe demostrar la persistencia del trastorno mental para justificar la continuidad del internamiento (Wachenfeld, 1992).

Existen varios convenios regionales sobre derechos humanos, como los de Europa, América y África.

La legislación sobre salud mental en los países europeos también se ve influenciada por la Recomendación 1235 sobre Psiquiatría y Derechos Humanos (1994) adoptada por Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, que determina los criterios para el ingreso involuntario de las personas con trastornos mentales, el procedimiento para tomar decisiones relativas al ingreso involuntario, las estándares de los cuidados y tratamientos dispensados a las personas con trastornos mentales y las prohibiciones orientadas a la prevención de abusos en la práctica psiquiátrica.

En la región de las Américas existe un conjunto de instrumentos que proporciona protección de los derechos humanos de todas las personas, incluidas aquellas con trastornos mentales.

Estos instrumentos incluyen la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, el Tratado Americano sobre los Derechos Humanos, el Protocolo Adicional al Tratado Americano sobre los Derechos Humanos en las áreas de los derechos económicos, sociales y culturales, y el Tratado Interamericano para la Eliminación de toda Forma de Discriminación contra las Personas con Minusvalías.

La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre es un documento no vinculante que comprende la protección de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales. El Tratado Americano sobre los Derechos Humanos declara explícitamente que toda persona tiene el derecho a su integridad física, mental y moral; que nadie podrá ser sujeto a tratamientos o castigos crueles, degradantes o inhumanos y que toda persona privada de su libertad deberá ser tratada con la dignidad inherente al ser humano.

El Protocolo Adicional al Tratado Americano sobre los Derechos Humanos proporciona aún más protección para las personas con trastornos mentales afirmando que, para conseguir el ejercicio del derecho a la educación, se deben establecer programas de educación especial y así proporcionar formación e instrucción especiales a las personas con minusvalías físicas o mentales. También hace constar que todas las personas que sufren una disminución de sus capacidades físicas o mentales tienen el derecho a recibir una atención especial que les ayude a alcanzar el mayor desarrollo posible de su personalidad, y que todo el mundo tiene derecho a la seguridad social para protegerles de las consecuencias de la vejez y la minusvalía, y para asegurarse los medios que les permitan disfrutar de una existencia digna y decente.

El Tratado Interamericano para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Minusvalías no ha entrado aún en vigencia. Sus objetivos son evitar y eliminar todas las formas de discriminación contra las personas que sufren minusvalías mentales o físicas y promover su total integración en la sociedad. Es el primer tratado internacional orientado específicamente a defender los derechos de las personas con trastornos mentales.

Otro ejemplo de un mecanismo regional para la protección de los derechos humanos es La Carta Africana (Banjul) sobre los Derechos Humanos y de las Personas, un documento legalmente vinculante supervisado por la Comisión Africana sobre los Derechos Humanos y de las Personas. El Artículo 16 garantiza el derecho a disfrutar del mejor estado posible de salud física y mental. El Artículo 4 protege el derecho a la vida y a la integridad de la persona, mientras que el artículo 5 concierne al derecho al respeto de la dignidad inherente al ser humano, la prohibición de toda forma de explotación y degradación, en particular la esclavitud y trata de esclavos, la tortura y toda clase de tratamiento o castigo degradante, inhumano o cruel.

La creciente valoración de la discapacidad relacionada con los trastornos mentales ha llevado a un desplazamiento del paradigma de la enfermedad hacia el paradigma de la invalidez para comprender las consecuencias sociales de los trastornos mentales. Entender estos trastornos en términos de discapacidad proporciona nuevas oportunidades legislativas para proteger los derechos de las personas afectadas. Por ejemplo, la Resolución 48/96 de las Naciones Unidas sobre las Normas Estándar para la Equiparación de Oportunidades de las Personas con Discapacidad (1993) intenta asegurar la igualdad de oportunidades y la protección de los derechos de las personas discapacitadas. La legislación referente a la discapacidad que surja de la puesta en práctica de estas Normas Estándar puede constituir un segundo nivel de protección contra las violaciones de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales.

Organizaciones y agencias internacionales han intentado orientar las legislaciones nacionales sobre salud mental desarrollando estándares y directrices para proteger los derechos de las personas con trastornos mentales. Aunque estas directrices no son obligatorias, representan la opinión internacional sobre los componentes esenciales de la legislación sobre salud mental.

En 1991, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó la Resolución 46/119, que comprende una serie de principios para la protección de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales. Los Principios para la Protección de las Personas con Enfermedades Mentales y para la Mejora de los Servicios de Salud Mental son un conjunto

Hay una tendencia en aumento a desplazarse hacia el paradigma de la discapacidad para comprender las consecuencias de los trastornos mentales.

También se han desarrollado estándares y directrices para proteger los derechos de las personas con trastornos mentales.

de derechos básicos que la comunidad internacional considera como inviolables en los entornos comunitarios o institucionales. Los 25 principios tratan las siguientes áreas:

- definición de enfermedad mental;
- protección de la confidencialidad;
- estándares sobre cuidados y tratamientos, incluyendo el ingreso involuntario y el consentimiento al tratamiento;
- derechos de las personas con trastornos mentales en los dispositivos de salud mental;
- protección de los menores;
- disposición de recursos para los servicios de salud mental;
- papel que juegan la comunidad y la cultura;
- revisión de los mecanismos para la protección de los derechos de delincuentes con trastornos mentales;
- procedimientos para garantizar la protección de los derechos de las personas con trastornos mentales.

Para facilitar la comprensión y la puesta en práctica de los Principios de las Naciones Unidas, la OMS publicó unas directrices sobre los derechos humanos de las personas con trastornos mentales (Organización Mundial de la Salud, 1996 a). Las directrices incluían un listado para facilitar una valoración rápida del estado de los derechos humanos a nivel local y regional. Otro documento que facilita la puesta en práctica de los Principios de las Naciones Unidas se titula *Atención a la salud mental: diez principios básicos* (Organización Mundial de la Salud, 1996b). Éste se basa en un análisis comparativo de leyes nacionales sobre salud mental y describe diez principios básicos sobre la legislación en salud mental sin tener en cuenta contextos legales o culturales. Hay comentarios a la puesta en práctica de los principios. (Véase el Cuadro 2).

La Declaración de Caracas (OPS), adoptada por la Conferencia Internacional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en Latinoamérica en 1990, es un ejemplo de colaboración a nivel regional para la protección de las personas con trastornos mentales. Esta Declaración pretende promover servicios de salud mental integrados en la Comunidad mediante la reestructuración de la atención psiquiátrica que se proporciona en los hospitales mentales. La Declaración sostiene que: los recursos, cuidados y tratamientos de las personas con trastornos mentales deben garantizar su dignidad y sus derechos humanos y civiles, proporcionar tratamiento racional y adecuado, y esforzarse por mantener a esas personas en la comunidad. Añade, además, que la legislación sobre salud mental debe preservar los derechos humanos de los enfermos mentales y que los servicios deberían organizarse de tal manera que se puedan hacer respetar esos derechos.

Las asociaciones internacionales de profesionales de la salud mental también se han esforzado en proteger los derechos humanos de los enfermos mentales formulando directrices sobre los estándares de conducta y buenas prácticas de los profesionales. Dichas directrices están contenidas, por ejemplo, en la Declaración de Madrid, adoptada en 1996 por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Psiquiatría. Entre otros estándares, la Declaración insiste en realizar tratamientos basados en la colaboración con las personas que sufren trastornos mentales y en que se produzca el ingreso involuntario sólo en circunstancias excepcionales.

Las Naciones Unidas han adoptado una serie de principios encaminados a la protección de las personas con enfermedades mentales y la mejora de los servicios de salud mental.

Atención a la salud mental: diez principios básicos.

La Declaración de Caracas.

La Declaración de Madrid.

**Cuadro 2. Ley de Cuidados de Salud Mental: diez principios básicos
(Organización Mundial de la Salud, 1996b)**

- Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales.
- Acceso a los cuidados básicos de salud mental.
- Evaluación de la salud mental de acuerdo a principios internacionalmente aceptados.
- Disponibilidad de cuidados de salud mental lo menos restrictivos posibles.
- Autodeterminación.
- El derecho a ser asistido en el ejercicio de la autodeterminación.
- Accesibilidad a la revisión de los procedimientos.
- Mecanismos automáticos de revisión periódica.
- Directores y gestores cualificados.
- Respeto por el objetivo de las leyes.

2.4 Revisión de la legislación sobre salud mental en otros países

La revisión de las legislaciones relativas a salud mental en otros países ofrece una buena idea de los componentes que se incluyen habitualmente en éstas. Un análisis puede identificar componentes útiles que protegen los derechos humanos así como disposiciones que los violan o limitan de alguna manera y que por lo tanto deben evitarse en la legislación propuesta.

La revisión debe también examinar de manera crítica hasta qué punto puede la legislación mejorar la situación de las personas con trastornos mentales en los países afectados. Deben identificarse las razones del fracaso. Éstas pueden incluir: (1) una legislación mal redactada que no incluye disposiciones para la protección de los derechos de los enfermos mentales, el tratamiento adecuado de sus necesidades o el acceso a unos cuidados satisfactorios; (2) dificultades en la puesta en práctica que surgen porque los representantes implicados se niegan a cooperar; (3) leyes que no tienen en cuenta las realidades prácticas. (Véase la sección 3.1.4 y el ejemplo de Sudáfrica en la Sección 8).

Algunos de los componente principales de la legislación sobre salud mental en países situados en distintas regiones del mundo se enumeran en el Cuadro 3, y se pueden utilizar como marco general para permitir la identificación de componentes específicos en algunos países. La lista no pretende ser una recopilación exhaustiva de todos los componentes necesarios para conseguir una legislación sobre salud mental.

El estudio de las legislaciones de otros países ofrece una buena idea de los componentes que suelen incluirse.

Cuadro 3. Condiciones fundamentales para una legislación sobre salud mental.

Legislación sobre salud mental	Otras legislaciones que influyen en la salud mental
Derechos protectores	Derechos protectores promoción y prevención.
- Acceso a los servicios básicos de salud mental - Cuidados menos restrictivos posibles - Consentimiento libre e informado de tratamiento - Tratamiento e ingreso voluntario e involuntario - Temas de capacidad y aptitud - Mecanismo de revisión periódica - Confidencialidad - Rehabilitación - Acreditación de profesionales y dispositivos - Derechos de las familias y los cuidadores	- Alojamiento - Educación - Empleo - Seguridad social - Legislación penal - Atención primaria - Discriminación positiva - Rehabilitación, incluyendo servicios laborales - Detección de abuso infantil - Restricciones al acceso al alcohol y drogas - Protección de grupos vulnerables - Legislación civil

2.5 Consulta y negociación de los cambios a efectuar

Las actividades mencionadas anteriormente pueden ayudar en la toma de decisiones en lo que respecta a los componentes que serán incluidos en la nueva legislación y en los cambios y modificaciones a realizar en la legislación existente. La consulta y negociación con todos los implicados en estos asuntos constituye un importante paso en el proceso. Los implicados son: las personas con trastornos mentales y las organizaciones que les representan, los cuidadores y las familias de personas con trastornos mentales, los profesionales, incluyendo a psiquiatras, psicólogos, enfermeras psiquiátricas y trabajadores sociales, los políticos, los gestores, los ministerios del gobierno (salud, bienestar social, justicia, economía) las organizaciones de apoyo, los proveedores de servicios incluyendo las organizaciones no gubernamentales, los grupos de derechos civiles y las organizaciones religiosas.

La consulta y negociación son importantes no sólo en la redacción de la legislación sino también a la hora de garantizar que ésta se pone en práctica una vez ha sido aprobada. La consulta y negociación proporcionan una oportunidad para tratar posibles interpretaciones equívocas, malentendidos y temores acerca de los trastornos mentales. El lenguaje de los derechos humanos proporciona un contrapeso a las prácticas de exclusión y estigmatización.

La consulta y negociación juegan un papel importante en la redacción, aprobación y, en especial, en la puesta en práctica de la nueva legislación sobre salud mental.

Puntos clave: Actividades preliminares

- La legislación puede ayudar a superar algunas de las barreras a la puesta en práctica de las políticas y programas sobre salud mental, en especial aquellas relativas a la accesibilidad y la equidad.
- Una revisión sistemática y crítica de la legislación existente puede identificar lagunas y dificultades que van a ser tratadas en la nueva legislación.
- Los países que han firmado tratados internacionales sobre derechos humanos están obligados a proteger, respetar y cumplir los derechos incluidos en dichos tratados. Es por ello importante que estos instrumentos sean estudiados exhaustivamente cuando se esté desarrollando una legislación sobre salud mental.
- Los estándares internacionales como los recogidos en los Principios MI, las Normas Estándar y la *“Atención a la salud mental: diez principios básicos”*, a pesar de no ser legalmente vinculantes, representan los acuerdos internacionales sobre estándares de buenas prácticas.
- El análisis de las legislaciones de otros países pueden poner de relieve las disposiciones más comunes en las leyes sobre salud mental. También pueden ayudar a identificar las disposiciones que deberían evitarse en la legislación propuesta porque limiten o violen los derechos humanos de las personas con trastornos mentales. Pueden, además, identificarse las razones del fracaso de tales legislaciones a la hora de mejorar la situación de las personas con trastornos mentales en el país afectado.
- La consulta y negociación con todos los representantes de los implicados sobre los posibles componentes de la nueva legislación y las enmiendas a la legislación existente proporcionan una oportunidad de tratar las posibles interpretaciones equívocas, malentendidos y temores acerca de los trastornos mentales así como de favorecer la correcta puesta en práctica de dicha legislación.

3. Componentes clave de la legislación sobre salud mental

Esta sección discute las áreas clave que deberían incluirse en la legislación sobre salud mental. Los componentes aquí propuestos no son exclusivos ni exhaustivos, pero representan algunos de los aspectos más importantes que deberían tratarse si se pretende conseguir una legislación adecuada. Para un listado más global, véanse los Principios para la Protección de las Personas con Enfermedades Mentales y para la Mejora de la Atención de Salud Mental (principios MI) y las *Directrices para la promoción de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales* (Organización Mundial de la Salud, 1996a).

La Legislación orientada a la protección de los derechos de las personas con trastornos mentales no debería verse restringida a los temas de salud mental, ni siquiera de la salud en general. Existen otras áreas de interés que no están relacionadas directamente con la salud, pero que son de enorme importancia, como el empleo, la educación y la vivienda. Estos y otros asuntos se tratan más abajo. (Véase la Sección 3.2.).

Los países que intentan formular una legislación integral que cubra todos los temas de relevancia para las personas con trastornos mentales pueden desear incluir todas las disposiciones en un único documento. Otros países pueden poseer ya una legislación que cubra ciertos aspectos en este campo y prefieren llevar a cabo enmiendas a los documentos legislativos para proteger los derechos de las personas con trastornos mentales. La legislación sobre áreas que afectan a la salud mental, pero que no tienen por qué estar necesariamente incluidas en la legislación sobre salud mental, se discuten al final de esta sección. Estas áreas son vitales para el bienestar de las personas con trastornos mentales y por lo tanto precisan de una adecuada atención legislativa. También son importantes en la promoción de la salud mental y la prevención de trastornos mentales.

3.1 Condiciones fundamentales para la legislación sobre salud mental

3.1.1 El principio de la alternativa menos restrictiva

Todas las personas con trastornos mentales deberían recibir atención comunitaria excepto en circunstancias excepcionales, es decir, si existe riesgo de que el paciente provoque daños a otros o de autoagresión o si el tratamiento sólo puede ser administrado en una institución. Si el ingreso o el tratamiento institucional son necesarios, la legislación debería favorecer el ingreso voluntario. Las leyes deberían permitir el ingreso y tratamiento involuntarios sólo en circunstancias excepcionales. Si se acaba produciendo un ingreso involuntario, deben existir procedimientos para proteger los derechos de los pacientes.

En concreto, se deberían cumplir una serie de criterios antes de que el ingreso o tratamiento involuntarios se llevasen a cabo. En primer lugar, un grupo de profesionales de salud mental debidamente cualificados con autorización legal deberían determinar que el paciente sufre un trastorno mental. En segundo lugar, deben estar convencidos de que este trastorno mental presenta una alta probabilidad de que se produzcan daños inmediatos o inminentes al paciente o a otras personas, o, en el caso de las personas cuyo trastorno mental es severo y su capacidad de raciocinio está deteriorada, de que no ingresarlas puede ocasionar un serio deterioro de su estado o a la no administración del tratamiento pertinente que podría ser proporcionado exclusivamente en una institución psiquiátrica.

En los países donde la atención comunitaria es mínima, o no está disponible, los esfuerzos y recursos deben orientarse a crearla y reforzarla para así proporcionar el mayor número posible de alternativas al ingreso.

La legislación que se ocupe de la salud mental no debería estar restringida al sector de la salud.

Atención a la salud mental: diez principios básicos (Organización Mundial de la Salud, 1996b) menciona que todo instrumento legal que incluya condiciones incompatibles con los tratamientos de salud mental basados en la atención comunitaria deben ser eliminados. Para asegurar la puesta en práctica efectiva del principio de la alternativa menos restrictiva, el documento establece que deben existir infraestructuras e instrumentos legales para apoyar la atención comunitaria en salud mental con la existencia de los dispositivos adecuados para pacientes con distintos grados de autonomía.

A las personas debería ofrecérseles el tratamiento menos restrictivo.

3.1.2 Confidencialidad

Deberían existir normas legislativas que aseguren que toda la información y documentos acerca de los trastornos mentales de una persona se tratarán de manera confidencial. Las leyes deberían prohibir explícitamente la divulgación, inspección o transmisión de los documentos de salud mental del paciente sin su consentimiento y/o el de su representante o tutor legal. De manera similar, la legislación debería exigir que los profesionales obtengan el consentimiento del paciente antes de divulgar cualquier tipo de información no escrita obtenida durante la evaluación y tratamiento de trastornos mentales.

La legislación debería proteger la confidencialidad de toda la información obtenida en el contexto clínico.

También es importante tener en cuenta las necesidades de los cuidadores y de las familias. Deberían tener a su disposición la información adecuada y apropiada para que así ellos puedan proporcionar los cuidados necesarios a pacientes que viven en el hogar. La legislación debe luchar por lograr el equilibrio entre el principio de confidencialidad y la necesidad de información que precisan los cuidadores y familiares para poder atender a los pacientes de manera apropiada.

Existen, no obstante, excepciones poco comunes y específicas al principio de confidencialidad. Por ejemplo, un profesional puede decidir romper la confidencialidad si existe un riesgo inminente de que el paciente u otras personas sufran daños. Además, en un juicio penal, el tribunal puede solicitar a los profesionales que revelen información y/o documentos sobre trastornos mentales. La legislación sobre salud mental en la mayoría de los países reconoce el derecho de los tribunales de invalidar el requisito de la confidencialidad en casos penales pero no en casos civiles (por ejemplo, divorcios, conflictos de propiedad). La legislación debe describir claramente las circunstancias en las que se puede romper la confidencialidad e incorporar garantías adecuadas contra el abuso y el uso indebido de esta disposición.

Existen ciertas excepciones al requisito de la confidencialidad.

3.1.3 Consentimiento informado.

El principio del consentimiento libre e informado es la piedra angular del tratamiento de los trastornos mentales y debe por tanto incluirse en la legislación sobre salud mental. El punto clave en lo que respecta al consentimiento del tratamiento está en determinar la competencia del paciente para dar dicho consentimiento. El derecho a dar el consentimiento del tratamiento va acompañado del derecho a rechazarlo. Si un paciente es valorado como capaz de dar su consentimiento, su rechazo al tratamiento debe ser respetado también.

El consentimiento informado es la piedra angular del tratamiento de los trastornos mentales.

Para que sea válido, el consentimiento debe satisfacer los siguientes criterios (Principios MI y Directrices para los Principios MI):

Existen varios criterios para el consentimiento informado.

- a) La persona/paciente que da el consentimiento debe ser valorada como competente y capaz de dar consentimiento.
- b) El consentimiento debe darse voluntariamente, sin amenazas o presiones inadecuadas.
- c) Debe haber una información adecuada sobre el objetivo, método, duración estimada y beneficios previstos del tratamiento propuesto.
- d) Se debe plantear al paciente de manera adecuada la posibilidad de sufrir dolor o incomodidad, los riesgos y posibles efectos secundarios del tratamiento propuesto.
- e) Deben ofrecerse alternativas. Debería ofrecérsele al paciente la posibilidad de métodos alternativos de tratamiento, especialmente aquellos de carácter menos restrictivo.
- f) La información pertinente debe proporcionarse con un lenguaje claro y de forma llana para que el paciente la pueda comprender.
- g) El paciente debe tener el derecho a rechazar o finalizar el tratamiento.
- h) Se debe explicar al paciente las consecuencias de rechazar el tratamiento.

En situaciones excepcionales, la legislación puede permitir el tratamiento sin contar con el consentimiento informado. Esto puede ocurrir si, por ejemplo, una persona sufre un trastorno mental severo y se encuentra que dicha persona carece de competencia (capacidad), entonces es posible que el tratamiento alivie su trastorno, o si existe la probabilidad de un deterioro progresivo del estado del paciente en el caso de que no se le administre tratamiento. (Véase la Sección 3.1.5.).

La legislación no debería permitir la participación en investigaciones clínicas o experimentales sin consentimiento informado, que debe obtenerse de todos los pacientes, independientemente de que hayan ingresado de manera voluntaria o involuntaria.

Muchas legislaciones utilizan la edad (normalmente los 18 años) como único criterio para determinar el derecho de los menores a dar o rehusar el consentimiento. No obstante, hay un número significativo de menores, en especial adolescentes, que pueden considerarse lo bastante maduros y comprensivos para dar o rehusar su consentimiento. Deberían existir disposiciones en la legislación para alentar a los profesionales a tener en cuenta las opiniones de los menores en lo que respecta al consentimiento dependiendo de su edad y madurez.

3.1.4 Ingreso voluntario e involuntario

Las leyes deberían fomentar el ingreso voluntario y, en situaciones excepcionales, el ingreso involuntario. Donde hay disponibilidad para llevar a cabo ingresos involuntarios, esto sólo debería ocurrir en circunstancias muy específicas y de acuerdo con la ley. Las ideas erróneas que tiene la opinión pública sobre la peligrosidad de las personas con trastornos mentales generan un énfasis indebido en proteger a la sociedad del riesgo de violencia y de otros daños. La ley debería servir para equilibrar la balanza: por un lado está el derecho del individuo a la autodeterminación y la responsabilidad personal, y por otro lado está la capacidad del Estado para promover la seguridad y el bienestar del individuo y de la comunidad en general.

Según lo anterior, la clave está en establecer las circunstancias en las que el ingreso involuntario se consideraría apropiado y determinar el procedimiento para apelar al poder de llevar a cabo un ingreso involuntario. El ingreso involuntario está permitido sólo si se cumplen los dos criterios siguientes:

- existe evidencia de un trastorno mental de una severidad determinada, definida por estándares internacionalmente aceptados;
- existe la probabilidad de que el paciente u otras personas sufran daños y/o la posibilidad de deterioro del estado del paciente, si no se le proporciona tratamiento.

Las circunstancias concretas del país en cuestión también deben considerarse a la hora de diseñar las condiciones para el ingreso involuntario. Un buen ejemplo de esto es la ley que exige la certificación de al menos dos psiquiatras antes de que tenga lugar el ingreso involuntario. El objetivo de esta ley es la de ofrecer una protección adecuada contra el ingreso involuntario. No obstante, los países con pocos recursos y pocos psiquiatras encuentran extremadamente difícil la puesta en práctica de leyes de este tipo. En muchos casos, esta ley es ignorada y tanto los profesionales como las familias continúan con las prácticas previas relativas al ingreso involuntario. En estas circunstancias, una opción mejor sería la de requerir la certificación por parte de dos doctores o profesionales de salud mental, de los cuales al menos uno debería ser psiquiatra. Si hay escasez de psiquiatras, podría ser necesario que otros profesionales llevaran a cabo la evaluación y la toma de las decisiones pertinentes. Estos profesionales pueden ser trabajadores sociales, psicólogos o enfermeras que hayan recibido la formación adecuada. Esto aumenta la dotación de profesionales de salud mental disponibles para certificar ingresos involuntarios y ayuda a mantener una adecuada protección de los enfermos mentales. (Véase el ejemplo de Sudáfrica en la Sección 6.).

Debido a que en la mayoría de trastornos mentales severos se producen episodios agudos, la ley debería contemplar los procedimientos de urgencia. Estos procedimientos deberían permitir la evaluación obligatoria de las personas con trastornos mentales y/o el ingreso durante 48/72 horas para permitir la valoración por parte de un especialista en salud mental si existe la sospecha razonable de riesgo inmediato para la salud del paciente.

En circunstancias extraordinarias el tratamiento puede permitirse sin consentimiento informado.

El consentimiento de los menores de edad es un tema importante en la legislación.

La legislación debe fomentar el ingreso voluntario en los dispositivos de salud mental.

El ingreso involuntario debería utilizarse sólo en circunstancias excepcionales.

Se deberían incorporar los procedimientos de urgencia en la ley.

La ley también debería incorporar disposiciones acerca de los derechos de las personas que se ven privadas de su libertad. Todos los pacientes ingresados involuntariamente deberían tener el derecho específico de apelar contra su hospitalización involuntaria, ante los gerentes de la institución y ante un tribunal u órgano de apelación.

3.1.5 Tratamiento voluntario e involuntario en entornos hospitalarios

El tratamiento voluntario está relacionado con el consentimiento informado. La legislación debe asegurar que todos los tratamientos se proporcionen basándose en el consentimiento libre e informado, excepto en circunstancias excepcionales. El consentimiento no es legal si va acompañado de amenazas o bajo coacción o si no se sugieren alternativas apropiadas al tratamiento propuesto.

Los pacientes que ingresan voluntariamente sólo empezarán a recibir tratamiento una vez se haya obtenido el consentimiento informado. En el caso de los ingresos involuntarios, surgen cuestiones importantes sobre los procedimientos relativos al ingreso y al tratamiento involuntario.

En algunos casos se argumenta que el propósito del ingreso involuntario debería ser el de proporcionar tratamiento, esto es, prevenir el deterioro del estado de una persona, y que si esto no es así, el ingreso carece de propósito y es equivalente a la reclusión. Dos procedimientos independientes, el primero sobre el ingreso involuntario y el segundo para la administración del tratamiento de manera involuntaria, pueden actuar como una barrera al tratamiento o retrasarlo: los países en vías de desarrollo con recursos limitados pueden tener dificultades para ejecutar dos reconocimientos distintos, uno para el ingreso y otro para el tratamiento.

También se ha argumentado que algunos pacientes que no son competentes para decidir sobre su ingreso pueden, no obstante, ser competentes para dar su consentimiento al tratamiento y tomar decisiones sobre sus planes de tratamiento. En estos casos, es crucial que la capacidad de una persona para dar consentimiento al tratamiento se determine antes de que se tome ninguna decisión respecto al tratamiento.

La cuestión de dos procedimientos separados frente a un procedimiento único para el ingreso involuntario sigue siendo muy controvertida. Está más allá del propósito de este módulo el abogar por una u otra opción. Es necesario que cada país decida cuál es el más adecuado. De todas formas sigue siendo esencial que, independientemente del procedimiento elegido, existan suficientes garantías para proteger los derechos de los pacientes y evitar los abusos de dichos procedimientos.

Si se encuentra que un paciente carece de capacidad para dar su consentimiento, se considerará la opción del tratamiento involuntario sólo si a) se ingresa al paciente de manera involuntaria en el hospital y si b) el tratamiento es necesario para conseguir una mejoría en el estado del paciente y/o restablecer su competencia para tomar decisiones acerca del tratamiento y/o para evitar un deterioro significativo de la salud mental del paciente y/o evitar que el paciente cause daño a otros o a sí mismo.

En el caso del tratamiento involuntario, deben establecerse procedimientos para proteger los derechos de la persona y proporcionarle protección frente a posibles daños o abusos de poder. Los mecanismos pueden incluir la obtención de una segunda opinión acerca de la necesidad del tratamiento involuntario, obtener una autorización independiente de fuentes judiciales y/o de representantes del paciente, y la apelación por parte del paciente contra el tratamiento involuntario ante un órgano de apelación independiente.

Existen ciertos tratamientos para los que la legislación exige obligatoriamente el consentimiento informado. Además se requiere una segunda opinión y la autorización de un órgano judicial o cuasi-judicial para que se pueda iniciar el tratamiento. Muchas de estas modalidades de tratamiento son altamente controvertidas y debe entenderse que el hecho de que se mencionen aquí no implica que la OMS las apruebe o respalde. La principal preocupación es reconocer y enfatizar la necesidad de que exista la suficiente protección de los derechos de las personas con trastornos mentales en estas circunstancias.

Los pacientes deberían tener el derecho a apelar contra el ingreso involuntario.

Surgen muchas cuestiones cuando se consideran los procedimientos de ingresos y de tratamientos involuntarios.

Existen criterios específicos para el ingreso involuntario.

Deben establecerse procedimientos para el tratamiento involuntario.

El consentimiento informado es obligatorio para ciertos tratamientos.

Algunos ejemplos incluyen la neurocirugía, la administración de medicaciones para reducir el deseo sexual y los procedimientos de reclusión. Estas garantías se aplican generalmente a tratamientos que son considerados irreversibles y/o que conllevan un riesgo relativamente elevado de daño físico o mental para el paciente.

3.1.6 Tratamiento involuntario en atención comunitaria.

Existe una demanda creciente de la supervisión comunitaria de personas con trastornos mentales. Esto surge de la percepción que tienen tanto el público como los profesionales de que la desinstitucionalización ha fracasado y de que los enfermos mentales en la comunidad son un peligro público (Harrison, 1995; Thomas, 1995). Los profesionales están preocupados por el hecho de que los enfermos mentales que ingresan y son tratados involuntariamente dejan de tomar la medicación cuando se les da el alta y recaen, lo que genera un nuevo ciclo de ingreso y tratamiento involuntarios.

Los países que han promulgado normativas para el tratamiento ambulatorio obligatorio en sus legislaciones, también llamadas normas de tratamiento ambulatorio obligatorio, requieren habitualmente que las personas con trastornos mentales residan en un lugar específico, que asistan a programas específicos de tratamiento, incluyendo consejo psicológico, educación y formación, que permitan a los profesionales de salud mental el acceso a sus hogares y que se sometan a tratamientos psiquiátricos obligatorios. (Véase, por ejemplo, la ley de 1995 de Salud Mental del Reino Unido sobre Pacientes en la Comunidad).

Uno de los problemas con los tratamientos ambulatorios obligatorios es que los servicios de salud mental se centren en el tema de la obligatoriedad en vez de centrarse en desarrollar unos servicios aceptables, invirtiendo recursos y esfuerzos, para la integración de las personas con trastornos mentales. Esto podría socavar el objetivo de la desinstitucionalización.

Un asunto importante relacionado con la supervisión comunitaria es el del consentimiento al tratamiento. Las personas que residen en la comunidad una vez que se han recuperado de sus trastornos mentales tienen la competencia y la capacidad de tomar decisiones sobre su tratamiento. El derecho a dar su consentimiento viene acompañado del derecho a negarlo, y este derecho también debe ser respetado. Actuar de otra manera sería como sugerir que las personas con trastornos mentales tienen la capacidad para aceptar un tratamiento pero que carecen de la capacidad de rechazarlo, violando por tanto el principio de simetría. La clave reside en que las normas para el tratamiento involuntario deben seguirse obligatoriamente, por ejemplo, debe demostrarse la incapacidad del paciente y el riesgo de auto o heteroagresividad.

Los estudios basados en la evidencia de la efectividad del tratamiento obligatorio ambulatorio están todavía empezando a desarrollarse. El tratamiento obligatorio parece reducir los reingresos y disminuir la estancia media cuando va acompañado de un tratamiento intensivo comunitario. Esto requiere un compromiso importante de recursos económicos y humanos (Swartz et al., 1999). Una reducción considerable del riesgo de comportamientos violentos es sólo posible si el tratamiento obligatorio va acompañado de un tratamiento intensivo ambulatorio (Swanson et al., 1999). Tal reducción se debe principalmente a una mejora en la adherencia al tratamiento y a la reducción del uso inapropiado de sustancias (Swanson et al., 1999).

Lo relatado anteriormente no es una revisión exhaustiva de la efectividad de los tratamientos ambulatorios obligatorios. Está claro, no obstante, que el tratamiento obligatorio puede funcionar sólo si se dispone de dispositivos para tratamientos comunitarios intensivos.

3.1.7 Mecanismo de revisión periódica

La legislación debería proporcionar un mecanismo de revisión periódica en todas las situaciones que afecten a la integridad o a la libertad de las personas con trastornos mentales (Naciones Unidas, 1991). Por tanto debería existir una norma legal sobre mecanismos de revisión automática para todos los casos de ingreso y tratamiento involuntarios o para los casos de ingreso y tratamiento voluntario que se prolonguen más de un cierto periodo. Las revisiones deberían llevarse a cabo en intervalos de tiempo razonables, por ejemplo,

El tratamiento involuntario en la comunidad es controvertido y tiene implicaciones en los derechos humanos de las personas con trastornos mentales.

Un órgano de apelación es un mecanismo de seguimiento que asegura la puesta en práctica de las garantías legales contenidas en la legislación.

mensualmente en procedimientos obligatorios o trimestralmente en casos de ingresos voluntarios. Estos deberían ser efectuados por un órgano regulador independiente con un estatus legal o cuasi-legal para la ejecución de una buena práctica.

Para que sea efectivo, el órgano de apelación debería:

- a) tener un carácter multidisciplinar e incluir tanto a profesionales (de salud mental, del ámbito jurídico, trabajadores sociales), representantes de personas con trastornos mentales, familiares y representantes de las familias, y profesionales legos;
- b) ser independiente a nivel financiero y operativo de los proveedores de servicios y de las entidades encargadas de contratar los servicios para las personas con trastornos mentales;
- c) tener poderes estatutarios para hacer cumplir las disposiciones de la legislación sobre salud mental.

3.1.8 Competencia (capacidad)

Para que el consentimiento sea válido, la persona que lo da debe tener la capacidad para ello. La competencia de dar consentimiento o negarse a un tratamiento se refiere normalmente a la capacidad de comprender el propósito, la naturaleza, los riesgos y efectos probables de un tratamiento particular, incluyendo la probabilidad de éxito, las consecuencias de negarse a éste y las posibles alternativas.

La capacidad es un requisito previo para dar consentimiento válido.

Los trastornos mentales pueden afectar a la capacidad. La legislación debería por tanto proporcionar protección a las personas que sufren trastornos mentales. La existencia de un trastorno mental no implica automáticamente la incapacidad de tomar decisiones. La ley debería determinar procedimientos explícitos para la valoración de la competencia, estipular cuáles son las autoridades apropiadas para determinarla y perfilar las acciones que deberían llevarse a cabo si se juzga a una persona incompetente.

Un trastorno mental no implica automáticamente incapacidad.

En la mayoría de las jurisdicciones, las decisiones sobre la competencia son tomadas por la autoridad judicial basándose en las opiniones expertas de profesionales en salud mental. En muchos países, la legislación contiene disposiciones para el nombramiento formal de tutores para las personas incapacitadas debido a un trastorno mental. Deberían existir asimismo disposiciones en la legislación para que las personas afectadas y/o sus cuidadores o familias pudieran apelar en el caso de que se haya declarado la incapacidad.

3.1.9 Acreditación para los profesionales y los dispositivos de salud mental

La acreditación asegura una buena calidad y la homogeneidad en la prestación de los servicios de salud mental. (Véase *Mejora de la calidad para la salud mental*.) Los usuarios deberían conocer los criterios mínimos sobre la calidad de los cuidados y las habilidades profesionales que han sido consensuados para los dispositivos asistenciales y para los profesionales. La legislación puede proporcionar sistemas de acreditación y asegurar que sólo se permita prestar servicios a los profesionales y a los dispositivos debidamente acreditados.

3.1.10 Derechos y roles de las familias y cuidadores

Las familias desempeñan un papel fundamental en el apoyo y cuidado de las personas con trastornos mentales. Esto es aún más importante en los países que carecen de sistemas de seguridad social estatal bien desarrollados. La legislación debería tener en cuenta los derechos y necesidades de las familias y equilibrarlas con los derechos y necesidades de las personas con trastornos mentales. Por ejemplo, las familias que se ocupan de familiares con trastornos mentales pueden requerir información por parte de los profesionales acerca de la naturaleza de las enfermedades y los planes actuales del tratamiento para que puedan cuidar de sus familiares con más eficacia. La legislación debe por tanto abordar el tema de la información a los familiares cuando sea necesario. También debe ocuparse de que la necesidad de confidencialidad del individuo esté equilibrada con la necesidad de información de las familias.

Es importante conseguir un equilibrio entre las necesidades y derechos de las familias y cuidadores y las necesidades y derechos de los individuos con trastornos mentales.

3.2 Condiciones fundamentales para otras legislaciones con impacto en la salud mental

La legislación en otras áreas no específicas de salud mental puede jugar un papel importante en la integración comunitaria de las personas con trastornos mentales. Tales medidas legislativas pueden ayudar a asegurar el éxito de una política que promueva la desinstitucionalización y la atención comunitaria de los trastornos mentales. La legislación en estas áreas es también importante para la prevención de las enfermedades mentales y la promoción de la salud mental.

3.2.1 Vivienda

La legislación puede incorporar disposiciones para dar prioridad a las personas con trastornos mentales en planes de vivienda estatal o viviendas subvencionadas y puede forzar a las autoridades a que habiliten diferentes alojamientos tales como hogares protegidos y viviendas tuteladas. La legislación sobre la vivienda debería incorporar disposiciones para evitar la segregación geográfica de los enfermos mentales. Esto requiere disposiciones específicas para evitar la discriminación en la ubicación, situación y asignación de la vivienda para estas personas.

La legislación puede ayudar a mejorar el acceso a viviendas asequibles y de buena calidad.

3.2.2 Educación

Tanto los niños como los jóvenes y los adultos tienen derecho a disfrutar de instalaciones y oportunidades educativas adecuadas. Los países deberían asegurarse de que la educación de las personas con trastornos mentales forme parte del sistema educativo. Si es necesario, los planes de enseñanza deberían ser lo bastante flexibles como para permitir complementos o adaptaciones y así acomodarse a las necesidades específicas de las personas con trastornos mentales. Los programas comunitarios y de educación integrada deberían contemplarse como abordajes complementarios para proporcionar una educación y formación rentable (coste–efectividad) para las personas con trastornos mentales.

La educación de las personas con trastornos mentales debería ser una parte integrada en el sistema educativo.

Los programas específicos de salud mental en los centros escolares tienen un papel importante en la identificación temprana de los problemas emocionales o de la conducta en los niños y por lo tanto ayudan a prevenir futuras discapacidades asociadas al trastorno mental. Los programas en los centros escolares también ayudan a aumentar el conocimiento y a concienciarse sobre los trastornos emocionales y de conducta, y a desarrollar las habilidades para enfrentarse a las adversidades y manejar el estrés.

3.2.3 Empleo

La legislación puede incorporar disposiciones para la protección de las personas con trastornos mentales frente a la discriminación y explotación en el ámbito laboral. Se deberían incluir disposiciones para asegurar la igualdad de oportunidades a la hora de obtener un empleo y para prohibir a los empresarios que utilicen el trastorno mental como base para el despido. Deberían existir condiciones para establecer una financiación adecuada de los programas de rehabilitación laboral y para financiar de manera preferente actividades rentables por parte de las personas con trastornos mentales que residan en la comunidad, así como una discriminación positiva para establecer programas generales orientados a mejorar el acceso a empleos remunerados. La legislación sobre el empleo también puede proporcionar protección a los enfermos mentales que estén implicados en planes de empleo protegido, asegurando que cobren sueldos comparables a los que reciben el resto de las personas y que no existan trabajos forzados, o mediante métodos coactivos, en dichos planes.

La legislación puede ayudar a prevenir la discriminación y explotación de las personas con trastornos mentales en el lugar de trabajo.

La legislación sobre el empleo que contempla la licencia por maternidad, en especial la licencia por maternidad remunerada, ha demostrado ser efectiva en muchos países. Permite a las nuevas madres pasar más tiempo con sus hijos en casa y promueve la relación madre-hijo. Medidas similares para los padres se están poniendo en práctica en algunos países desarrollados.

Los permisos por licencia maternal promueven la salud mental en madres y niños

3.2.4 Seguridad social

Debería exigirse que las pensiones por minusvalía para las personas con trastornos mentales fueran de cuantía similar a aquellas que se proporcionan a personas con minusvalías físicas. El sistema de seguridad social debería ser lo bastante flexible como para permitir que las personas puedan obtener un empleo pagado o retribuido sin perder sus pensiones por minusvalía.

Las ayudas económicas para las personas con trastornos mentales deberían tener la misma cuantía que aquellas destinadas a personas con minusvalías físicas.

3.2.5 Legislación penal.

El código penal de un país debería incluir disposiciones adecuadas para tratar a los delincuentes con trastornos mentales. Estas disposiciones deberían, por ejemplo, abordar el tema de la capacidad mental de estas personas para ser juzgados o para actuar como testigos en juicios, su responsabilidad en procesos tanto civiles como penales, su representación legal o para el cumplimiento de sentencias y tratamientos. (Bowde, 1995).

3.2.6 Legislación civil y general

A los enfermos mentales les está garantizado el ejercicio de todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, tal como está reconocido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el Convenio Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el Convenio Internacional sobre Derechos Políticos y Civiles.

La legislación debe garantizar a los enfermos mentales el ejercicio de todos sus derechos civiles, económicos, políticos y sociales.

Las disposiciones relacionadas con el matrimonio, la separación, el divorcio y el ejercicio de la patria potestad de las personas con trastornos mentales pueden incorporarse en la legislación civil. De manera alternativa, la legislación sobre salud mental debería hacer constar que las personas con trastornos mentales tienen, entre otros, los siguientes derechos:

- al voto (a menos que se considere a la persona incompetente para ello);
- a contraer matrimonio;
- a tener hijos y conservar la patria potestad;
- a la propiedad privada;
- al empleo;
- a la educación;
- a la libertad de movimiento y elección del lugar de residencia.

La legislación general debería ser aplicable a las personas con trastornos mentales incluyéndoles como beneficiarios. Esto es cierto, por ejemplo, en la legislación antidiscriminatoria y en la legislación de discriminación positiva para la protección de las poblaciones vulnerables, de las minorías y de los grupos menos favorecidos.

3.2.7 Legislación sanitaria general

Las personas con trastornos mentales requieren de una protección legislativa como usuarios de los servicios sanitarios generales. Los temas que deben estar cubiertos incluyen la accesibilidad y la calidad del tratamiento ofrecido, la confidencialidad, el consentimiento al tratamiento y el acceso a la información pertinente. Pueden incorporarse cláusulas especiales para enfatizar la necesidad de proteger a las personas vulnerables, esto es, las personas con trastornos mentales y aquellas que están incapacitadas.

Debería existir la equidad en el acceso a tratamientos de alta calidad entre las personas con trastornos mentales y las personas con minusvalías físicas.

La falta de prioridad que tienen los temas relacionados con la salud mental en la mayoría de los países ocasiona que los servicios de salud mental reciban recursos financieros y humanos insuficientes e inadecuados. Para favorecer la equidad y la imparcialidad, la legislación sanitaria debería además incluir disposiciones para dotar a los servicios de salud mental, institucionales y comunitarios, de una correcta financiación y de recursos. Esto daría como resultado el mismo nivel de accesibilidad y calidad de los servicios para las personas con trastornos mentales como para aquellas con problemas físicos.

Los países pueden formular una legislación que proporcione las intervenciones de salud mental en los servicios de atención primaria.

En muchos países, la gente necesita un seguro sanitario para tener acceso a los servicios de salud. La legislación sanitaria en estos países debería incorporar disposiciones para evitar la discriminación de las personas con trastornos mentales en lo que respecta a la obtención de los seguros médicos, tanto públicos como privados, para el cuidado y tratamiento de

enfermedades físicas y mentales. Los países pueden formular una legislación que permita introducir las intervenciones de salud mental en los servicios de atención primaria. Por ejemplo, la intervención precoz, incluyendo la disponibilidad de psicofármacos esenciales, debería contemplarse en cualquier plan básico de salud a la hora del reembolso o cobertura de los servicios (Organización Mundial de la Salud, 1996c).

3.2.8 Acceso a psicofármacos

Los psicofármacos son útiles para tratar trastornos mentales y desempeñan un papel importante en la prevención secundaria. Sin embargo, es habitual que incluso los psicofármacos básicos no estén disponibles en muchos países. La legislación puede ayudar a mejorar la disponibilidad de dichos fármacos en los niveles primario y secundario de atención.

La legislación puede ayudar a mejorar la disponibilidad de psicofármacos.

3.2.9 Protección de grupos vulnerables

Protección de los niños, adolescentes, mujeres y tercera edad. Muchos países y organizaciones internacionales han demostrado el efecto nocivo del abuso físico, sexual y la explotación laboral en la salud mental de niños y adolescentes. Estos hallazgos deben considerarse como componentes esenciales en la legislación sobre salud mental. Por ejemplo, se puede desarrollar una legislación que asegure la detección precoz por parte de los profesionales de la salud de los abusos infantiles así como la comunicación inmediata de los hechos al sistema judicial (Organización Mundial de la Salud, 1996b). De manera similar, es a menudo necesario que la legislación supere las barreras de género que aún sufre la mujer en el ámbito de la salud, la educación y el empleo, y permita identificar también los abusos físicos y sexuales como delitos (Organización Mundial de la Salud, 1997a). La protección de los derechos de la tercera edad es otro componente que debería incluirse en la legislación sobre salud mental (Organización Mundial de la Salud, 1997b).

La legislación debería proteger a los grupos vulnerables.

Protección de los grupos indígenas y las minorías. Los grupos indígenas y las minorías se encuentran entre los grupos de gente más vulnerable, presentando altas tasas de depresión, alcoholismo, suicidio y violencia. Han sufrido cambios culturales rápidos, siendo marginados y fagocitados en la economía global, la cual tiene poca consideración con su autonomía. Su nivel de salud mental puede aumentar mediante leyes que refuercen su identidad, la vida en comunidad, el gobierno local y las tradiciones culturales. Estos colectivos también requieren servicios de salud mental acordes con sus culturas y lenguas y que, idealmente, incorporen las formas tradicionales de curación (Kirmayer, 2000).

3.2.10 Restricción del acceso al alcohol y las drogas

Una legislación que restrinja el acceso al alcohol y las drogas puede contribuir de manera significativa a la prevención del consumo excesivo y la dependencia. En el caso del alcohol, las medidas incluirían la promulgación de una edad mínima para su consumo y limitar los días y horas de venta, así como el número y lugares de venta. (Edwards, 1997).

Una legislación que limite el acceso al alcohol y las drogas puede prevenir el consumo excesivo y la dependencia.

Puntos clave: componentes esenciales de la legislación sobre salud mental

- La legislación no sólo debería proteger los derechos de las personas con trastornos mentales, sino también promover la salud mental y prevenir los trastornos mentales.
- La legislación debería adoptar la alternativa del tratamiento menos restrictivo exigiendo que a las personas se les ofrezca siempre un tratamiento en lugares que restrinjan lo menos posible su libertad personal su estatus, y sus derechos en la comunidad, permitiéndoles seguir con su trabajo, desplazarse a voluntad y llevar a cabo sus asuntos.
- La legislación debería asegurar la confidencialidad de toda la información obtenida en el contexto clínico.
- El principio del consentimiento libre e informado al tratamiento debe incluirse en la legislación.
- El ingreso involuntario en el hospital sólo debería producirse excepcionalmente y en circunstancias muy específicas. La legislación debería estipular dichas circunstancias específicas y determinar los procedimientos a seguir en estos casos.
- El tratamiento involuntario sólo debería contemplarse en circunstancias excepcionales; por ejemplo, si el paciente está incapacitado para dar su consentimiento y el tratamiento es necesario para mejorar su estado y/o evitar un deterioro significativo de su salud mental y/o evitar que haga daño a otras personas o a sí mismo.
- En los países en los que existe la posibilidad de tratamientos involuntarios en la comunidad deben establecerse y seguirse unas normas, esto es, debe demostrarse la incapacidad y la probabilidad de que el paciente cause daños a otros o a sí mismo.
- La legislación debería incluir una disposición para el nombramiento de un órgano de revisión independiente que actúe de mecanismo regulador y que posea una composición, unos poderes y unos deberes específicos.
- La legislación no debería estar limitada al ámbito de la salud mental, ni tampoco al de la salud en general. La legislación sobre vivienda, empleo, educación y salud entre otras materias es fundamental para la promoción de la salud mental y la prevención de trastornos mentales, por lo que debe recibir una atención adecuada.

4. El proceso de diseño: acciones y temas clave

Este paso comienza una vez que existe la voluntad política de incorporar los componentes que se han tratado en el capítulo anterior en la legislación nacional. La tarea de diseño de la legislación será mejor elaborada por un comité especialmente constituido para ello y cuya composición es de gran importancia. Deberían estar representados una gran diversidad de expertos en salud que reflejen diferentes ideologías. La participación de los usuarios y cuidadores tiene una importancia crucial que a menudo se descuida.

El comité de redacción debería incluir:

- una o dos personas representando al ministerio de salud, incluyendo, normalmente, al profesional encargado de la salud mental que podría actuar de presidente del comité o de secretario ejecutivo;
- una o dos personas de los demás ministerios implicados;
- legisladores con interés por la salud mental;
- representantes de personas con trastornos mentales, cuidadores y organizaciones de apoyo;
- profesionales de salud mental;
- abogados con experiencia en salud mental y otros sectores;
- expertos con experiencia en el trabajo con mujeres, niños y tercera edad.

El consenso y debate debería comenzar antes de empezar la redacción y continuar hasta la etapa de la puesta en práctica. El inicio del diálogo antes de que el proceso comience permite la identificación de temas clave o controvertidos en una etapa temprana y promover así la acción, el entusiasmo y el deseo de cambio en todas las partes interesadas.

Una vez que la legislación haya sido redactada debería presentarse, para consulta, a todas las partes implicadas en el campo de la salud mental. Si está bien planteada y se desarrolla de manera sistemática, la consulta puede tener un impacto positivo en la promulgación de la legislación propuesta y en su puesta en práctica. El debate también proporciona una oportunidad para incrementar la conciencia pública sobre estos temas. Éstos incluyen las necesidades de las personas con trastornos mentales, la prevención de los trastornos mentales, la participación de la comunidad y el hacer más visible el tema de los trastornos mentales. De esta manera se incrementa la efectividad de una puesta en práctica de la legislación, una vez que ha sido promulgada.

Existen más ventajas del proceso de consulta, incluyendo la identificación de puntos potencialmente débiles en la legislación propuesta, de posibles conflictos con la legislación existente y las costumbres locales, de temas que han podido ser omitidos de forma inadvertida del borrador de la legislación y de las posibles dificultades prácticas en su implementación.

El proceso de consulta debería tener una duración limitada, dividido en tres pasos:

- la publicación del borrador del documento en los medios escritos y electrónicos del país y una solicitud a la población general a que manifieste su opinión al respecto;
- la solicitud de respuestas por escrito a la población, a las organizaciones, a los representantes gubernamentales y a las agencias no-gubernamentales;
- llevar a cabo reuniones públicas a nivel regional y nacional moderadas por el comité de redacción para analizar, debatir y negociar las objeciones o sugerencias más frecuentes que tengan que ver con el borrador de la legislación.

El comité de redacción debe representar opiniones diversas.

El periodo de debate puede tener un impacto positivo en la implementación de la legislación.

Cuadro 4. Partes interesadas clave que deberían ser invitadas al debate sobre la legislación de salud mental

- Agencias gubernamentales, incluyendo los ministerios de salud, economía, justicia, educación, empleo y bienestar social.
- Políticos, legisladores y líderes de opinión.
- Servicios de orden público como la policía o el sistema penitenciario.
- Sistema judicial.
- Representantes o asociaciones de familias y cuidadores de personas con trastornos mentales, asociaciones de apoyo que representen los intereses de dichas personas y grupos de usuarios.
- Instituciones académicas y organismos profesionales que representen a profesionales tales como psiquiatras, psicólogos, enfermeras psiquiátricas y trabajadores sociales.
- Agencias no-gubernamentales, con o sin ánimo de lucro, que proporcionen cuidados, tratamientos y servicios de rehabilitación para las personas con trastornos mentales.
- Autoridades religiosas.
- Otros grupos de interés especial son las minorías o los grupos que representan a las poblaciones indígenas.

Al final de la fase de consulta es útil que el comité de redacción publique un informe con las sugerencias, objeciones y peticiones recibidas durante el proceso de consulta, así como las respuestas del comité. Debe prestarse una especial atención a las secciones de la legislación que hayan sufrido objeciones sustanciales, en especial por parte de grupos de usuarios y organizaciones de apoyo. Es recomendable que el comité ofrezca una respuesta detallada a toda objeción sustancial que no haya sido aceptada y que, en su opinión, no requiere ninguna modificación, alteración o cambio en la legislación propuesta.

Puntos clave: el proceso de redacción

- El comité de redacción debería comprender un grupo suficiente de expertos con opiniones y experiencias diversas.
- La participación de las personas con trastornos mentales y los cuidadores tiene una importancia crucial en el proceso de redacción, pero a menudo se descuida.
- El borrador de la legislación debe presentarse para su debate público.
- El debate proporciona una oportunidad para aumentar el interés acerca de la salud mental así como para identificar las debilidades potenciales en la legislación propuesta, los aspectos omitidos inadvertidamente y las dificultades de la puesta en práctica.
- La consulta debería tener una duración limitada e incluir a todas las partes implicadas.
- Al final del período de consulta, el comité de redacción debería publicar un informe que incluya las sugerencias adoptadas y los cambios efectuados en el borrador de la legislación.

5. Promulgación de la legislación:

acciones y temas clave

Ésta es potencialmente la etapa que más tiempo consume. El progreso de la formulación de la legislación puede verse frenado fácilmente en este periodo por cuestiones técnicas. Es necesario persuadir a los políticos, a los miembros clave del área ejecutiva del gobierno y a los legisladores acerca de la necesidad urgente de disponer de una nueva legislación sobre salud mental y, en consecuencia, de la necesidad de disponer del tiempo legislativo preciso. Aunque el gobierno haya dado su apoyo a la formación del comité de redacción, una vez que el documento final está listo para enviar al poder legislativo puede haber en juego otros asuntos políticos. En los países de renta per cápita baja, la prioridad política de la salud mental es baja y compite en el tiempo y por los recursos con otros problemas urgentes.

El respaldo de la opinión pública puede usarse para persuadir a los responsables políticos encargados de tomar las decisiones. Los esfuerzos para ganarse el apoyo público deben comenzar tan pronto como sea posible, preferentemente durante el periodo de consulta. Como se ha mencionado en la Sección 4, el debate proporciona una oportunidad para aumentar el interés público sobre los temas incluidos en la legislación propuesta. Esto debería continuar durante esta etapa. Las estrategias en los medios de comunicación pueden ser útiles, y los profesionales a cargo de la salud mental en el ministerio de salud deberían proporcionar a los periodistas materiales para desarrollar noticias, reportajes y entrevistas. Se pueden organizar talleres y seminarios orientados a grupos y organizaciones clave de manera que puedan explicarse y debatirse los componentes principales de la nueva legislación. También es útil conseguir el apoyo de individuos que tengan presencia pública, transmitan credibilidad y una imagen positiva. Estas personas pueden actuar como portavoces para trasladar el mensaje sobre la salud mental y la necesidad de la legislación.

Los grupos que defienden las políticas de salud mental pueden jugar un papel fundamental en estas actividades. El proceso de promulgación y puesta en práctica de una nueva legislación presenta una oportunidad de reforzar a estas organizaciones en su lucha contra la marginación y estigmatización de las personas con trastornos mentales. Así, una ley de salud mental cuya meta sea la normalización de la vida de los enfermos mentales en la comunidad puede ser capaz de convertirse en un instrumento de educación popular, de influir en las actitudes sociales y de facilitar el cambio social. (Véase *Defensa de la Salud mental*.)

La presión sobre los miembros del área ejecutiva del gobierno y los legisladores es otra actividad importante para estimular la adopción de la legislación propuesta sobre salud mental. Los parlamentarios deberían estar informados acerca de las deficiencias sobre salud mental en la legislación existente o de las consecuencias negativas de la ausencia de tal legislación.

Es necesario que entiendan la necesidad social de la ley propuesta, las ideas básicas sobre las que se basa el borrador, la probabilidad de que la futura ley resuelva los problemas existentes y otros asuntos relevantes.

Las personas encargadas de la salud mental en el ministerio de salud deberían llevar a cabo reuniones frecuentes con los miembros clave de estas instituciones así como con políticos de distintos partidos. Estas personas deberían recibir, de manera periódica, documentación sobre salud mental que contenga información sobre buenas prácticas e invitarles a dar sus opiniones acerca de las iniciativas políticas y legales. La presión es fundamental a lo largo de todo el proceso legislativo, en especial durante la promulgación, para asegurar que la ley propuesta se envía al poder legislativo, asamblea de diputados o similar y que pasa por las etapas de análisis, debate y promulgación.

La movilización de la opinión pública es esencial para la promulgación de la legislación.

Los grupos de presión juegan un papel importante en promover la adopción de la legislación.

Algunos de los obstáculos y soluciones en la formulación y adopción de la legislación sobre salud mental se ofrecen a continuación.

Obstáculos y soluciones en la formulación de la legislación sobre salud mental

Obstáculos	Soluciones
El enfrentamiento entre las personas a favor de una legislación sobre salud mental centrada en los tratamientos y derechos del paciente y aquellos a favor de una legislación basada en la promoción y la prevención.	Nombrar un comité de redacción con representantes de ambos grupos para permitir un debate franco y abierto entre las partes y para asegurar que ambas perspectivas están incluidas en el borrador de la legislación.
Luchas de poder entre profesionales del sistema sanitario y judicial que hacen difícil alcanzar el consenso.	Formular una ley de salud mental desde la perspectiva de las personas con trastornos mentales e incorporar un proceso participativo con distintos sectores profesionales.
El enfrentamiento entre los derechos y responsabilidades de las familias y los derechos y responsabilidades de las personas con trastornos mentales.	Organizar talleres que impliquen a ambas partes para analizar los derechos humanos y el papel de las familias.
Resistencia de los psiquiatras a la disminución de su independencia para prescribir tratamientos, incluyendo aquellos dispensados de manera involuntaria.	Organizar seminarios sobre los derechos de las personas con trastornos mentales y ética médica, con la participación de expertos internacionales.
La falta de prioridad dada por el gobierno, el parlamento y los sectores ajenos a la salud.	Reforzar las organizaciones de consumidores, cuidadores y otros grupos de apoyo. Presionar a los legisladores y encontrar legisladores que personalmente puedan estar preparados para promover la legislación sobre salud mental.

Puntos clave: promulgación de la legislación

- La promulgación de la legislación puede verse retrasada debido a otras prioridades legislativas, en especial en los países en vías de desarrollo.
- La movilización de la opinión pública y la presión sobre los legisladores pueden acelerar el proceso.

6. La puesta en práctica: obstáculos y soluciones

Es preferible que el proceso de puesta en práctica se inicie desde el mismo momento en que se concibe la legislación sobre salud mental. Muchas dificultades de la puesta en práctica pueden ser identificadas y así tomar acciones correctivas durante la fase de redacción y debate de la legislación propuesta. La complejidad de la moderna legislación sobre salud mental añade dificultades a la aplicación práctica. Se suele prestar mucha atención a la redacción y al proceso legislativo, mientras que por el contrario se lleva a cabo muy poco trabajo preliminar sobre la puesta en práctica hasta después de que la legislación ha sido promulgada. La identificación temprana de problemas puede ayudar al proceso de implementación.

La experiencia obtenida en varios países muestra que la "ley según los libros" y la "ley en la práctica" son a veces muy distintas. Es perfectamente comprensible que se produzcan problemas en la puesta en funcionamiento, relacionados con la nueva legislación aprobada, en países que carecen de tradición en leyes sobre salud mental. No obstante, dichos problemas también surgen en países que sí tienen experiencia en este tipo de legislación.

Muchos países poseen legislaciones sobre salud mental que no están correctamente puestas en práctica.

6.1 Obstáculos

Las dificultades de la puesta en práctica pueden surgir por varios motivos.

6.1.1 Ausencia de una acción coordinada

Los grupos de usuarios, de familias y las organizaciones de apoyo en los países desarrollados actúan como catalizadores para la puesta en funcionamiento, y ocasionalmente utilizan la vía judicial para ello. La relativa escasez de tales grupos en los países en vías de desarrollo conlleva una puesta en funcionamiento más lenta a través de cambios en las prácticas habituales. Este problema se agrava debido a la fragmentación de los grupos existentes y la ausencia de una acción coordinada. En consecuencia, muchos de los beneficios potenciales de la legislación sobre salud mental nunca llegan a aplicarse a las personas con trastornos mentales.

6.1.2 Falta de concienciación

El gran público, los profesionales, las personas con trastornos mentales, sus familias y las organizaciones de apoyo están con frecuencia mal informados acerca de los cambios que conlleva la nueva legislación sobre salud mental. En algunos casos puede que estén bien informados acerca de estos cambios pero siguen poco convencidos acerca de las razones para llevarlos a cabo. Esto es especialmente cierto si la legislación sobre salud mental requiere cambios significativos en las prácticas habituales.

6.1.3 Recursos humanos

En los países en vías de desarrollo existe una grave deficiencia en el número de profesionales de salud mental debidamente preparados. Por ejemplo, la legislación sobre salud mental requiere habitualmente que se obtenga la declaración de un psiquiatra antes de llevar a cabo un ingreso involuntario en un hospital. Esta situación puede ser un obstáculo significativo en los países en vías de desarrollo porque los psiquiatras suelen estar solamente disponibles en las áreas urbanas mientras que la mayoría de la población vive en áreas rurales.

6.1.4 Cuestiones de procedimiento

Se presta poca atención a hacer operativos los conceptos legales mediante procedimientos prácticos y a la estandarización de la documentación para que cumpla con las disposiciones de la legislación sobre salud mental. Estas deficiencias llevan a una implementación poco uniforme o, en algunas ocasiones, a un fracaso total en la implementación. Por ejemplo, es útil para los médicos clínicos y otros que exista un formulario estandarizado para obtener la certificación, y es probable que los usuarios y sus familias encuentren útil disponer de un formulario estandarizado para apelar contra los ingresos.

6.1.5 Falta de financiación

Es probable que la velocidad y la calidad de la implementación dependan de la disponibilidad de los recursos financieros necesarios. Las nuevas legislaciones sobre salud mental requieren frecuentemente el paso de una atención institucional a una atención comunitaria, y esto precisa financiación adicional. A largo plazo, la reasignación de fondos desde las instituciones hacia los dispositivos comunitarios es factible. Sin embargo, a corto plazo, es necesario sostener unos gastos de mantenimiento dobles durante el período de transición.

En los países que carecen de un sistema de salud financiado públicamente, puede surgir la oposición de los proveedores de cuidados de salud mental, que se pueden quejar de los incrementos de los costes atribuibles a la implementación de la legislación sobre salud mental. En dichos países, las familias de las personas con trastornos mentales soportan la carga económica de los tratamientos y por tanto es probable que protesten también contra el aumento de costes derivados de los cambios legislativos.

6.2 Estrategias para superar las dificultades de la puesta en práctica

Las siguientes sugerencias pueden ayudar a superar las dificultades de puesta en práctica.

6.2.1 Finanzas

Una elaboración adecuada del presupuesto es esencial para toda actividad que aspire a una implementación rápida. Por ejemplo, se requieren fondos para poner en marcha las actividades del órgano de apelación, para la formación a los profesionales en el uso de la legislación y para efectuar cambios en los servicios de salud mental. En la mayoría de los casos, estos presupuestos están incluidos en el presupuesto general de sanidad. No obstante, la ausencia de prioridad otorgada a la salud mental puede ocasionar que los presupuestos destinados a esta se desvíen a otras áreas de salud. En tales casos es importante asegurarse que los presupuestos para salud mental estén protegidos y que se utilicen exclusivamente para este propósito. (Véase *Financiación sobre Salud Mental*).

6.2.2 Coordinación

Debería crearse una agencia o autoridad coordinadora para supervisar la implementación de la ley. Este órgano debería tener una agenda, unos objetivos medibles y los poderes administrativos y financieros que le permitan asegurar una implementación rápida y efectiva. Debería tener el mandato, la autoridad y los recursos financieros adecuados para:

- desarrollar normas y procedimientos para la puesta en práctica.
- preparar instrumentos de documentación estandarizados.
- asegurar la formación apropiada de los profesionales de la salud mental e introducir procedimientos de acreditación si es necesario.
- contemplar cuestiones relativas a recursos humanos, por ejemplo, permitiendo que aquellos profesionales no médicos de salud mental, debidamente formados y supervisados, puedan actuar como especialistas en ciertas situaciones.

Los países en vías de desarrollo pueden encontrar difícil la creación de una agencia coordinadora por la falta de recursos humanos. En algunos países, este papel podría ser asumido por las personas a cargo de las políticas y planificación de salud mental dentro del Ministerio de Salud, con la ayuda de los órganos de revisión (Sección 3.1.7) y organizaciones de apoyo.

6.2.3 Amplia divulgación entre las personas con trastornos mentales, las familias y las organizaciones de apoyo.

Las disposiciones de la nueva legislación deberían divulgarse entre las partes implicadas clave, tales como los grupos que representan a las personas con trastornos mentales, las familias de estas personas y las organizaciones de apoyo, por medio de talleres y seminarios. Los grupos que representan a personas con trastornos mentales se están constituyendo e incrementando su nivel de actividades en muchos países en vías de desarrollo, como Brasil, Méjico y Uganda. (Véase *Defensa de la Salud mental*). Es importante que estos grupos se vean como parte implicada en la puesta en práctica de la nueva legislación sobre salud mental y que se les incluya en las estrategias de dicha implementación.

6.2.4 Concienciación y educación públicas

Debería dirigirse una campaña de concienciación y educación públicas orientada al público general, destacando las disposiciones fundamentales de la nueva legislación y, en particular, los fundamentos y la filosofía subyacentes a los cambios efectuados.

6.2.5 Formación de los profesionales de salud, de salud mental y de otros profesionales

Un conocimiento de la legislación sobre salud mental es extremadamente importante para su correcta implementación. Es por tanto necesario promover la formación especial de los profesionales tanto de salud general como de salud mental, de las autoridades policiales, abogados, trabajadores sociales, profesores, administradores de recursos humanos, etc. Los cursos de formación para grupos mixtos de profesionales de atención primaria y salud mental y profesionales de sectores ajenos al sanitario pueden conducir a una mejor comprensión de la salud mental, los trastornos mentales y los derechos humanos de las personas con trastornos mentales, y ayudar también a establecer un lenguaje común entre los profesionales de distintas disciplinas.

6.2.6 Inspección de los dispositivos de salud mental y procedimientos para denuncias e indemnizaciones

Las inspecciones periódicas de los dispositivos de salud mental proporcionan una garantía legal valiosa contra el ingreso involuntario injustificado y la limitación de los derechos de los pacientes. Las personas a las que se les ha confiado la implementación de la legislación deberían asegurarse de que el órgano de apelación pone en marcha con rapidez los comités de inspección de los dispositivos de salud mental. Además, debería producirse la implementación rápida y efectiva de procedimientos sobre denuncias tal y como prevé la legislación. Tales mecanismos complementan otros procedimientos generales de apelación contra decisiones administrativas que violen los derechos civiles y humanos.

Puntos clave: Puesta en práctica

- Muchos países tienen legislaciones sobre salud mental que no están debidamente implementadas.
- Las dificultades a la puesta en práctica pueden identificarse, llevándose a cabo las correcciones adecuadas, durante la fase de redacción y consulta de la legislación propuesta.
- Las dificultades a la puesta en práctica pueden surgir por culpa de una falta de acción coordinada, una falta de concienciación, escasez de recursos humanos, cuestiones de procedimiento o falta de medios económicos.
- Una agencia de coordinación, provista de una agenda definida y con objetivos evaluables, puede facilitar el proceso de puesta en práctica.
- Se requieren fondos adicionales para la implementación y debería existir el suficiente respaldo presupuestario para ello.
- Los grupos de usuarios, las familias, los cuidadores y las organizaciones de apoyo son socios útiles a la hora de agilizar la puesta en práctica de la nueva legislación.
- Una campaña pública puede aumentar la concienciación sobre la nueva legislación, facilitando así, de manera directa e indirecta, su implementación.

7. Recomendaciones y conclusiones

Esta sección enumera una serie de recomendaciones para los profesionales o equipos responsables de salud mental en los ministerios de salud. El objetivo de estas recomendaciones es facilitar el desarrollo de una legislación nacional sobre salud mental. Los países que estén en la primera fase del proceso legislativo y que, o no poseen legislación sobre salud mental (7.1) o poseen una legislación limitada (7.2), deberían encontrar útiles las recomendaciones posteriores (7.3 y 7.4) en las etapas ulteriores de los procesos de redacción, adopción y puesta en práctica.

7.1 Recomendaciones para países sin legislación sobre salud mental

1. Establecer las prioridades para la legislación sobre salud mental de acuerdo con las realidades del país.
2. Revisar la legislación tanto sanitaria como no sanitaria del país con objeto de identificar lugares y aspectos donde poder implementar los componentes prioritarios sobre salud mental.
3. Conseguir el apoyo para la legislación sobre salud mental de las principales partes interesadas en el país y tratar de alcanzar un acuerdo preliminar con ellos acerca del contenido de la legislación y la estrategia a seguir para su correcta puesta en práctica.
4. Presionar a los miembros clave de la rama ejecutiva del gobierno, a los ministerios, partidos políticos, parlamento, etc. para disponer de un comité de redacción nombrado oficialmente.
5. Si no se obtiene el apoyo inmediato de estas personas, se deberían potenciar las organizaciones de consumidores, cuidadores y otros grupos de apoyo y organizar con ellos una campaña de educación y concienciación para destacar la necesidad y la lógica de la legislación sobre salud mental. (Véase *Defensa de la Salud mental*).

7.2 Recomendaciones para países con una legislación sobre salud mental limitada

1. Revisar la legislación sobre salud mental existente en el país para descubrir exactamente sus componentes.
2. Establecer prioridades para los nuevos componentes y para las modificaciones necesarias en la nueva legislación sobre salud mental.
3. Si no hay una legislación sobre salud mental específica en el país, consultar con las principales partes interesadas los pros y contras de disponer de una legislación de ese tipo. Deben tomarse decisiones de acuerdo con la situación política, cultural y social del país. El enfoque más efectivo es probablemente aquel que combine una legislación específica para salud mental con otros componentes integrados en las leyes existentes.
4. Presionar a los miembros clave del área ejecutiva del gobierno, a los ministerios, partidos políticos, al parlamento etc. para disponer de un comité de redacción nombrado oficialmente.
5. Si no se obtiene el respaldo inmediato de estas personas, se debería movilizar y reforzar a las organizaciones de consumidores, cuidadores y otros grupos de apoyo y organizar con ellos una campaña de educación y concienciación para destacar la necesidad y la racionalidad de la legislación sobre salud mental. (Véase *Defensa de la Salud mental*).

7.3 Recomendaciones para países con legislaciones sobre salud mental redactadas que no han sido adoptadas/aprobadas

1. Presionar a miembros clave del área ejecutiva del gobierno, los ministerios, partidos políticos, parlamento, etc. con vistas a que la legislación redactada se envíe a los legisladores y recorra los distintos pasos hasta su aprobación (comisiones y sesiones plenarias.)
2. Si los documentos no avanzan en su ratificación, se debería movilizar y potenciar a las organizaciones de consumidores, cuidadores y otros grupos de apoyo y organizar con ellos una campaña de educación y concienciación para destacar la necesidad y los fundamentos de la legislación sobre salud mental. (Véase *Defensa de Salud mental*).
3. Si el proceso sigue detenido, habría que revisarlo junto con el comité de redacción para identificar los problemas que bloquean la implementación o las áreas de resistencia y tratar de solucionar esto mediante más debates.

7.4 Recomendaciones para países con legislaciones sobre salud mental que no han sido debidamente implementadas

1. Revisar las leyes sobre salud mental del país en cuestión y establecer prioridades para ver qué componentes requieren una implementación más urgente.
2. Llevar a cabo entrevistas con informantes clave y/o grupos de control integrados por personas con trastornos mentales, cuidadores, profesionales de la salud mental y otras partes interesadas para identificar los principales obstáculos a la adecuada puesta en práctica de la legislación sobre salud mental.
3. Si una de las barreras es la resistencia por parte de la población ocasionada por tergiversaciones o falta de información, debería llevarse a cabo una campaña pública de educación y concienciación para resaltar los fundamentos y las disposiciones de la legislación sobre salud mental. (Véase *Defensa de la Salud mental*).
4. Si existe una carencia de personal de salud mental o hay resistencia por parte de los grupos profesionales, se deberían llevar a cabo programas de formación para grupos de profesionales clave.
5. Si no hay fondos suficientes para desarrollar los mecanismos necesarios para la implementación de la ley (por ejemplo, para ayudas, concienciación, formación, inspección, procedimientos de denuncias), se deberían establecer las formulas de colaboración con las partes interesadas, que son clave en el tema. (Véase *Defensa de la Salud mental*).

8. Ejemplo de países y sus legislaciones sobre salud mental

> En muchas áreas urbanas así como en la mayoría de las zonas rurales de **Sudáfrica**, existen muy pocos psiquiatras o médicos con conocimiento y experiencia en el área de la psiquiatría. No obstante, hay un cierto número de enfermeras cualificadas y con experiencia que sí poseen el conocimiento y la experiencia necesarios para la práctica de la psiquiatría. Es más, existen otros profesionales, como por ejemplo psicólogos o terapeutas ocupacionales, que están capacitados para llevar a cabo evaluaciones sobre salud mental. La antigua legislación estipulaba que dos médicos, uno de ellos psiquiatra, eran necesarios a la hora de efectuar un examen preliminar para certificar que una persona sufría trastornos mentales. La nueva legislación ha introducido la figura del profesional de servicios de salud mental. Las habilidades requeridas por estos profesionales no están escritas en el documento legislativo sino que son prescritas por una norma. De esta forma se dota de flexibilidad a la legislación: según se va incrementando el número de profesionales de salud mental, los criterios para ser aceptado como profesional de servicios de salud mental pueden ir restringiéndose mediante la modificación de las normas. A través de este proceso, el país ha sido capaz de construir una legislación que gira en torno a la realidad de sus recursos humanos.

> La OMS ha proporcionado cooperación técnica en la formulación de la Ley de Salud Mental en la **República de Corea** desde 1982. Expertos internacionales visitaron el país y se llevaron a cabo talleres. Los psiquiatras y administradores coreanos comenzaron la redacción de una ley sobre salud mental basada en la ley japonesa de 1987. El Ministerio de Salud y Asuntos Sociales envió el borrador final al Parlamento Nacional en octubre de 1993. Se pidió a los representantes de la OMS que visitaran la República de Corea (marzo de 1994) para revisar el borrador de la Ley sobre Salud Mental, la cual fue aprobada por el Parlamento ese mismo año. La ley confiere a la familia un papel importante, permitiendo el ingreso involuntario de las personas con trastornos mentales en los hospitales si hay consentimiento familiar y éste es autorizado por psiquiatras. Esto contrasta con lo que ocurre en los países occidentales, donde se protege enérgicamente la libertad del individuo.

> La Ley Pública **Italiana** 180, promulgada en 1978 y el Decreto de Salud Mental de 1983 en **Inglaterra y Gales**, son ejemplos de un cambio radical desde la custodia y el encierro hacia la integración y rehabilitación de las personas con trastornos mentales. En ambos casos se pone el énfasis en el tratamiento voluntario de las personas con trastornos mentales, en dispositivos de tipo comunitario en vez de recurrir a manicomios alejados de la comunidad. Los pacientes pueden por tanto integrarse en la vida de la comunidad. Los ingresos en las unidades de psiquiatría de los hospitales no se basan en la percepción de la peligrosidad de los pacientes sino en la necesidad urgente de que estos reciban ciertos tratamientos que sólo pueden administrarse si los pacientes permanecen en el hospital.

> En la **Federación Rusa** se aprobó una ley de atención psiquiátrica en el 92. Esta ley pone el énfasis en la protección de los derechos humanos de los enfermos mentales pero no establece las bases conceptuales y organizativas para la prestación de servicios.

> **La Ley Bielorrusa sobre Salud Mental** de 1999 contiene importantes declaraciones acerca de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y posee disposiciones para prevenir el abuso de autoridad por parte de los profesionales u otros. También regula, en casos urgentes, el ingreso involuntario en los hospitales y el alta. Los procedimientos para el ingreso y alta y sus facetas judiciales están en concordancia con la ley internacional generalmente reconocida.

> En **Japón**, la Ley de Higiene Mental fue promulgada en 1950. Ésta animaba al desarrollo de hospitales psiquiátricos y aseguraba el respaldo financiero de los pacientes ingresados involuntariamente. Esto dio como resultado en estancias muy largas en los hospitales, la construcción de varios hospitales psiquiátricos privados y el aumento dramático del número de camas psiquiátricas hasta 360.000 (29 por cada 10.000 personas).

Estas cifras se hallaban entre las más altas del mundo. Se alzaron muchas voces de preocupación acerca de la violación de los derechos humanos de las personas ingresadas en estos hospitales. Una nueva Ley sobre Salud Mental fue aprobada en 1987, enfatizando la importancia de los derechos humanos de los pacientes internados y promoviendo el desarrollo de servicios de salud mental comunitarios. En 1993 se aprobó la Ley sobre el Bienestar Básico de los Minusválidos y en 1994 se promulgó la Ley de Servicios de Salud Comunitarios. En 1995 la Ley sobre Salud Mental se remodeló convirtiéndose en la Ley sobre Salud Mental y Bienestar, impulsando el desarrollo de servicios médicos y de bienestar integrados para las personas con trastornos mentales.

> En **Austria** se ha puesto en práctica un servicio de apoyo a los pacientes con multitud de funciones. Proporciona representación legal para los pacientes internados por los tribunales de justicia en hospitales psiquiátricos. Ofrece asesoramiento e información sobre los derechos de los pacientes a los propios pacientes, a sus familias y amigos y a otras partes interesadas. Dos asociaciones sin ánimo de lucro llevan este servicio. Son los responsables de la formación, guía y supervisión de los defensores de los pacientes y, por otra parte, están supervisados por el Ministerio Federal de Justicia de Austria. Los servicios de defensa del paciente son confidenciales y gratuitos. Todo paciente involuntario tiene derecho a estos servicios de defensa.

> En la **provincia de Río Negro, Argentina**, se promulgó una ley sobre salud mental en 1991 que consolidó una profunda transformación, la cual había comenzado en 1985, de los servicios psiquiátricos hacia servicios basados en la comunidad y atención en los hospitales generales. Entre 1991 y 1993 el número de profesionales y empleados trabajando en equipos de salud mental comunitarios se incrementó un 50% aproximadamente. La participación de los familiares, amigos y voluntarios de la comunidad en las actividades terapéuticas, como menciona la ley, aumentó de manera sustancial, y el número de empleados y profesionales de la salud mental trabajando en los hospitales generales aumentó un 25% (Cohen, 1995).

> **Pakistán** ha promulgado recientemente una nueva legislación sobre salud mental en la forma del Decreto sobre Salud Mental 2001, el cual reemplazó la Ley sobre la Locura (Lunacy Act) de 1912. La nueva legislación anima a la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales y el cuidado comunitario. Se espera que esta legislación ayude a establecer unos estándares nacionales sobre el cuidado y tratamiento de los pacientes y promueva a su vez el conocimiento público de los asuntos relativos a la salud mental.

> En **Trinidad y Tobago**, se promulgó una ley adecuada para la época en 1975. En Marzo de 2000, el país adoptó un nuevo plan sobre salud mental. A continuación el gobierno designó un comité presidido por el Jefe de Servicios Legales del Ministerio de Salud para que redactara una nueva ley sobre salud mental. El comité ha redactado un borrador de la legislación que está actualmente en circulación entre las partes interesadas clave para que lo comenten. Tras esta fase, se enviará el borrador al Gabinete/Consejo de Ministros, que decidirá el momento oportuno para su inclusión en la agenda legislativa.

> **Túnez** promulgó una ley que regulaba la salud mental en 1992. Deben cumplirse las siguientes condiciones si se pretende llevar a cabo el ingreso y tratamiento involuntarios de una persona en los dispositivos de salud mental: a) la persona sufre un trastorno mental que exige atención inmediata; b) la persona es incapaz de proporcionar consentimiento informado; c) la persona supone un riesgo para su seguridad o la de otros. Las decisiones son estudiadas y consideradas por una autoridad judicial, basándose en las recomendaciones de dos doctores, uno de los cuales debe ser psiquiatra. El ingreso involuntario está limitado a tres meses inicialmente. Las personas ingresadas involuntariamente tienen el derecho a apelar contra estas decisiones.

La misma ley contiene secciones que garantizan a las personas con trastornos mentales el derecho a ejercitar todos sus derechos civiles, económicos y culturales a menos que estén bajo la custodia de un tutor. Un órgano de revisión presidido por un juez y que incluye a psiquiatras y representantes de las autoridades locales es el encargado de revisar periódicamente los casos de todas las personas que están ingresadas de manera involuntaria en los dispositivos de salud mental. El comité de revisión también deberá llevar a cabo inspecciones regulares de todos los dispositivos de salud mental.

Numerosas leyes ayudan a promover la salud mental y prevenir los trastornos mentales:

- (1) la psiquiatría se ha añadido recientemente a la lista de prioridades médicas, ofreciendo incentivos financieros para animar a los especialistas a que se establezcan en el país;
- (2) el consumo de drogas está prohibido desde 1956, pero una enmienda reciente ha permitido el tratamiento del consumo y dependencia de sustancias y así se ha habilitado un centro de tratamiento para la dependencia y abuso de sustancias.
- (3) se facilita la rehabilitación de las personas con trastornos mentales mediante una ley que reserva el 1% de todos los puestos de trabajo en empresas de 100 o más empleados para personas con minusvalías;
- (4) se garantizan los cuidados de salud mental a los presos;
- (5) la legislación asegura los derechos de los niños;
- (6) la legislación promueve la igualdad de género mediante disposiciones relacionadas con la institución del divorcio legal, el reconocimiento del derecho a los cónyuges de ambos sexos a solicitar el divorcio; la disposición de una edad mínima para que las mujeres contraigan matrimonio, educación obligatoria para niños y niñas y la igualdad de oportunidades en el empleo.

> En **China**, el proceso de redacción ha durado más de 16 años. El borrador actual, que ya va por la treceava versión, contiene secciones sobre: la protección de los derechos civiles de las personas con trastornos mentales, incluyendo los derechos al empleo y la educación; el consentimiento informado; la confidencialidad; la voluntariedad e involuntariedad de los tratamientos y hospitalizaciones; la rehabilitación y servicios de salud mental basados en la comunidad; la promoción de la salud mental y la prevención de trastornos mentales. Muchas de las partes interesadas consideran que la legislación sobre salud mental sólo tiene que ver con el cuidado, los tratamientos y la prestación de servicios de tipo institucional. Existe una resistencia por parte de los profesionales y el sistema de salud. Muchos profesionales creen que la promulgación de una nueva legislación incrementará la posibilidad de que los pacientes y familiares les culpen de los fallos del sistema. Como consecuencia, profesionales como psiquiatras y enfermeras, potencialmente los proponentes más entusiastas de la nueva legislación, permanecen indiferentes ante la situación. Desde 1998 se han producido esfuerzos para acelerar el proceso de adopción de una legislación sobre salud mental. Algunas de las actividades que se llevaron a cabo durante el año 2002 incluyeron trabajos de sondeo e investigación para identificar los principales obstáculos y problemas al cambio de la salud mental en el país, junto a otros estudios sobre los componentes de las legislaciones en países social y culturalmente parecidos a China y esfuerzos por establecer un consenso para el cambio (Dr Xie Bin, comunicación personal, 2002).

Definiciones

Capacidad / Se refiere más específicamente a la presencia de las habilidades físicas, emocionales y cognitivas necesarias para la toma de decisiones o el desarrollo de una acción.

Competencia / Se refiere más específicamente a las consecuencias legales de no estar capacitado. Algunos, no obstante, definen “capacidad” como la habilidad de tomar una decisión bien informada respecto a una decisión específica y utilizan la competencia para referirse a la habilidad de procesar y entender la información y posteriormente tomar decisiones correctamente en base a esas informaciones

Legislación específica sobre salud mental / Todos los asuntos relacionados con las personas con trastornos mentales, como salud mental, salud general y áreas ajenas a la sanidad, están incluidos en un solo documento legislativo.

Discriminación / Negación arbitraria a las personas con trastornos mentales de los derechos de los cuales gozan los demás ciudadanos. Las leyes no discriminan (directamente) activamente a las personas con trastornos mentales pero pueden presentar obstáculos o cargas innecesarias e impropiedades sobre estas personas.

Legislación inespecífica sobre salud mental / Estrategia basada en la inserción de normativas relativas a los trastornos mentales en las leyes de otras áreas. La legislación es aplicable a todas las personas, incluidas aquellas con trastornos mentales.

Normas / Conjunto de normativas que no forman parte de la legislación pero que se basan en determinados principios perfilados en ella. El proceso para enmarcar tales normas se describe en la legislación.

Referencias

1. Arjonilla S, Parada IM, Pelcastre B. (2000) Cuando la salud mental se convierte en una prioridad. *Salud Mental*, 23(5):35-40.
2. Bowden P. (1995) Psychiatry and criminal proceedings. In: Chiswick D, Cope R, eds. *Seminars in practical forensics psychiatry*. London: Royal College of Psychiatrists.
3. Cohen H, Natella G. (1995) *Trabajar en salud mental, la desmanicomialización en Río Negro*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
4. *Community psychiatry in Italy*. Giordano Invernizzi, <http://www.pol-it.org>
5. Council of Europe (1994) *Council of Europe Parliamentary Assembly Recommendation 1235 on Psychiatry and Human Rights*. Council of Europe.
6. Pan American Health Organization/World Health Organization (1990) *Declaration of Caracas, adopted at the Regional Conference on the Restructuring of Psychiatric Care in Latin America*, Convened in Caracas, Venezuela. PAHO/WHO.
7. World Psychiatric Association (1996) *Madrid Declaration on Ethical Standards for Psychiatric Practice*. World Psychiatric Association. <http://www.wpanet.org>
8. Edwards G. et al. (1997) *Alcohol policy and the public good*. Oxford: Oxford University Press.

9. Harrison K. (1995) Patients in the community. *New Law Journal* 276:145.
10. Jegede RO, Williams AO, Sijuwola AO. (1985) Recent developments in the care, treatment and rehabilitation of the chronic mentally ill in Nigeria. *Hospital and Community Psychiatry* 36:658-61.
11. Kirmayer LJ, Brass GM, Tait CL. (2000) The mental health of aboriginal people: Transformations of identity and community. *Canadian Journal of Psychiatry* 45:607-16.
12. Swanson JW, et al. (2000) Involuntary outpatient commitment and reduction in violent behaviour in persons with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry* 176:324-31.
13. Swartz MS, et al. (1999) Can involuntary outpatient commitment reduce hospital recidivism? Findings from a randomised trial with severely mentally ill individuals. *American Journal of Psychiatry* 156:1968-75.
14. Thomas T. (1995) Supervision registers for mentally disordered people. *New Law Journal* 145:565.
15. United Nations (1981) *Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and for the Improvement of Mental Health Care (Resolution 46/119)*. New York: United Nations General Assembly.
16. United Nations (1993) *The Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities, United Nations General Assembly (Resolution 48/96)*. New York: United Nations General Assembly.
17. United Nations (1966) *International Covenant on Civil and Political Rights (Resolution 2200A (XXI))*. New York: United Nations General Assembly.
18. United Nations (1966) *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, United Nations General Assembly Resolution 2200A (XXI)*. New York: United Nations General Assembly.
19. Wachenfeld M. (1992) The human rights of the mentally ill in Europe under the European Convention on Human Rights. *Nordic Journal of International Law* 107:292.
20. World Health Organization (1996a) *Guidelines for the promotion of human rights of persons with mental disorders*. Geneva: World Health Organization.
21. World Health Organization (1996b) *Mental health care law: ten basic principles*. Geneva: World Health Organization.
22. World Health Organization (1996c) *Global action for the improvement of mental health care: policies and strategies*. Geneva: World Health Organization.
23. World Health Organization (1997a) *A focus on women*. Geneva: World Health Organization.
24. World Health Organization (1997b) *Organization of care in psychiatry of the elderly: a technical consensus statement*. Geneva: World Health Organization.
25. World Health Organization (2001) *Atlas: Mental health resources in the world, 2001*. Geneva: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence.

