REAL ACADEMIA DE MEDICINA DEL PAÍS VASCO
EUSKAL HERRIKO MEDIKUNTZAREN ERREGE AKADEMIA

MEMORIA DEL EJERCICIO Y TRABAJOS REALIZADOS DURANTE EL AÑO 1999. DISCURSO DE INAUGURACIÓN DEL CURSO ACADÉMICO 2000

A cargo del

EXCMO. SR. PROF. DR. D. JOSÉ GUIMÓN UGARTETXEA

28 de Febrero de 2000

BILBAO

MM

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DEL PAÍS VASCO
EUSKAL HERRIKO MEDIKUNTZAREN ERREGE AKADEMIA

MEMORIA DEL EJERCICIO Y TRABAJOS REALIZADOS DURANTE EL AÑO 1999. DISCURSO DE INAUGURACIÓN DEL CURSO ACADÉMICO 2000

A cargo del

EXCMO. SR. PROF. DR. D. JOSÉ GUIMÓN UGARTETXEA

28 de Febrero de 2000

BILBAO

MM

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DEL PAÍS VASCO
EUSKAL HERRIKO MEDIKUNTZAREN ERREGE AKADEMIA

MEMORIA DEL EJERCICIO Y TRABAJOS REALIZADOS DURANTE EL AÑO 1999. DISCURSO DE INAUGURACIÓN DEL CURSO ACADÉMICO 2000

A cargo del

EXCMO. SR. PROF. DR. D. JOSÉ GUIMÓN UGARTETXEA

28 de Febrero de 2000

BILBAO

MM

SUMARIO:

I. MEMORIA DEL AÑO ACADÉMICO 1999

1. El proceso diagnóstico. Análisis de su razonamiento: Prof. V. Bustamante
1.1. Los origenes históricos del diagnóstico
1.2 Los estudios del razonamiento diagnóstico en la actualidad
2. VIII semana de prevención de la arteriosclerosis y enfermedades cardiovasculares
3. Publicaciones de libros
3.1. Calorías: Prof. J. LLona Larrauri
3.2. The Image of Madness: Profs. J. Guimón; W. Fischer; N. Dartorius
4. Aportación Bibliográfica del Prof. Vitoria Ortiz
4.1. La Ilustración Gimnástica
5. Colaboración de la Real Academia en los Másters del Departamento de Estomatología de la UPV/EHU
6. Obituario
7. Felicitación
8. Aportaciones Científicas del Profesor Zorraquino
9. Ingreso del Profesor José Antonio Iriarte
9.1. Tratamiento Anticoagulante Oral: ayer, hoy y mañana
9.1.1. Historia e Importancia de la Trombosis
9.1.2. Historia de los Medicamentos Anticoagulantes
9.1.3. Historia de las Unidades de Anticoagulación
9.1.4. La Tromboplastina Bilbao-TBi

II. DISCURSO DE INAUGURACIÓN DEL CURSO ACADÉMICO 2000.
a cargo del Excmo. Sr. Prof. Dr. D. José Guimón Ugartetxea

1. Usos y Abusos de los Derechos Humanos en Psiquiatría

Excmos. e Ilmos. Sres. Académicos
Compañeros, Amigos
Sras. y Sres.

MEMORIA DEL AÑO ACADÉMICO 1999

A las **20** horas del día **5** de mayo de **1999**, tuvo lugar la **Solemne Sesión** inaugural del **Curso Académico** en el Salón de Plenos de la **Excma. Diputación Foral de Bizkaia**, leyéndose la Memoria Preceptiva del Curso anterior, correspondiendo, por turno, al Académico de Número, Ilmo. Sr. Prof. Dr. D. Víctor Bustamante Murga, la lectura de su discurso titulado

EL PROCESO DIAGNÓSTICO. ANÁLISIS DE SU RAZONAMIENTO.

Comenzó señalando que hablar de diagnóstico en la actualidad parece un atavismo, pues vivimos en la era de las tecnologías, que nos facilitan tantos datos como deseamos, por lo que el diagnóstico ya no está de moda. De hecho, nunca lo ha estado, ya que a pesar de la cita de Ryle (1948) - *" las tres labores más importantes que el médico ha de desarrollar son: el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento, siendo el diagnóstico lo más fundamental por ser la base de las otras dos"*- siempre ha sido el gran desconocido para los estudiosos de la medicina.

LOS ORIGENES HISTÓRICOS DEL DIAGNÓSTICO

El Profesor Bustamante se refirió a estos orígenes, desde los hipocráticos, que consideraban la enfermedad como el resultado de un desequilibrio de la naturaleza del enfermo, como algo estrictamente individual; y preocupados por el pronóstico, soslayaron el diagnóstico.

Transcurrieron veintidós siglos hasta que Sydenham estimó que la enfermedad no era el "Pathos", algo pasivo, sino el "Nosos", un esfuerzo de la naturaleza para deshacerse de la materia morbídica, procurando recuperar la salud. Son rememorables y magistrales sus descripciones de la viruela, malaria, gota, que él miso padeció, histeria y otras.

Un paso importante para la medicina se debe al holandés Boerhave, que cambió la teología por las obras de Harvey y Sydenham, creando un moderno hospital en Leyden, en el que colocó junto a la clínica el aula, el laboratorio y la sala de autopsias. De este modelo, copiaron Cambridge, Edimburgo, Londres, Oxford y Padua, entre otras ciudades. Boerhave estableció, además, la historia clínica, que aún continúa vigente en nuestros días. La práctica de autopsias que llevó a cabo aportó un gran servicio a la calidad del diagnóstico.

A este impulso memorable siguieron otros otros avances importantes, gracias a la aplicación de las ciencias naturales a la medicina, en sus aspectos anatomoclínico, funcional y microbiológico, etc., dotando de mayor nivel científico al diagnóstico .

Obviamente, en nuestros días cursa velozmente una revolución científica, gracias a los avances de la biología molecular e ingeniería genética.

El profesor Bustamamte dedica en su discurso otro importante apartado, al que titula

LOS ESTUDIOS DEL RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO EN LA ACTUALIDAD

Destaca la aplicación del **método** deductivo que en sus pesquisas para la clarificación de los hechos practica un personaje no médico, el popular detective Sherlock Holmes creado por Connan Doyle, repitiendo esta frase: "Cuando has eliminado lo imposible, lo que queda, por más improbable que parezca, es la verdad". A lo que debe añadirse también la importancia que, a este respecto, tienen la experiencia y el aspecto inductivo; hay que seleccionar lo más importante, pues de otro modo el acúmulo excesivo de informaciones motiva que surjan más contradicciones interpretativas. El criterio de Holmes resulta verdaderamente aplicativo para el diagnóstico en medicina.

Pero, el Prof. Bustamante denuncia que la práctica de la medicina actual está amenazada por ídolos tecnológicos y "oráculos " analíticos, no en el sentido de juicios analíticos, sino como una lista de parámetros con cifras salpicadas de asteriscos, que cierran en falso muchos de los enigmas del diagnóstico actual.

La última década ha sido testigo de interesantes estudios sobre el diagnóstico considerado como proceso, y del análisis psicológico de su razonamiento, a lo que han contribuido tanto el conocimiento de la dinámica cerebral y sus funciones como los ensayos de inteligencia artificial más los intentos de diagnósitico informatizado con sus hallazgos, positivos o negativos, que han sido sumamente estimulantes para el análisis de este trascendental proceso.

Y puntualiza el Prof. Bustamante, que a pesar de la superioridad de la mente humana, el hombre es ilógico al utilizar la información, pues llega a deducciones erróneas, ignora evidencias y sobrevalora datos irrelevantes.

Más adelante, resalta que la epistemología es la doctrina de los fundamentos y métodos del conocimiento científico: la resolución de un problema diagnóstico, como la de cualquier problema científico, sigue una dinámica epistemológica, esto es, el análisis de los distintos niveles y la síntesis lógica de los resultados. Acompaña a este aserto una cita de Kant, el gran filósofo de Königsberg,

quien separó en nu
("Vernunft"), que sosti
ceptos en el tiempo y

El Prof. Bustama
resaltando la trascen
implicados complejos
nificación de las acci
nos conciernen, rec
para Luria, el gran n
nal de los procesos
raba a esta zona co

Alude , también,
les del hemisferio iz
superior; del **cerebr**
y palabras así com

Y tras pasar revis
la mente humana en
lisis del proceso diag
hombre no procesa l
una **manera psico-ló**
que se plantea la res

Otros apartados
miento científico; e
razonamiento diagn
nóstico diferencial p
ted practice"; las "g
en la clínica (Interne

Con todo ello, y
de que dispone la m
prendentemente, co
editor de la obra **Med**
guna ayuda, lo que
menos expresiva, la
excesiva de datos o

El Prof. Bustam
bajo el cual figuran
médico de actuar co
responsable y ha de
los trastornos y lleva
eficaces, pero tambié

Y termina su diser
medicina actual tiene
pequeño ingrediente

quien separó en nuestra mente tres facultades: la sensibilidad, el entendimiento y la razón ("Vernunft"), que sostiene los principios por los que el hombre conoce las cosas y organiza los conceptos en el tiempo y el espacio.

El Prof. Bustamante pasa revista después a los estudios neurológicos y psiconeurológicos, resaltando la trascendencia de diversas áreas de asociación corticales, en cuya actividad están implicados complejos circuitos neuronales. La corteza prefrontal, como representativa de la planificación de las acciones y de los presentimientos valorativos, zona selectiva de los asuntos que nos conciernen, recordando a este respecto opiniones y criterios de renombrados científicos: para Luria, el gran neuropsicofisiólogo ruso, la corteza prefrontal participaría en la trama neuronal de los procesos de la razón que caracterizan al cerebro del "Homo sapiens"; Cajal, consideraba a esta zona como la "cantera del porvenir".

Alude , también, el Prof. Bustamante a las áreas de asociación parieto-témporo-occipitales del hemisferio izquierdo o hemisferio dominante, representativas de la actividad psíquica superior; del **cerebro analítico**, intérprete del reconocimiento integrado de los objetos, rostros y palabras así como de la resolución de los asuntos y problemas con que nos enfrentamos.

Y tras pasar revista a las teorías de Karl Popper y Donald Campbell sobre las actividades de la mente humana en la resolución de problemas de investigación científica y su aplicación al análisis del proceso diagnóstico, el Prof. Bustamante indica que se ha llegado a comprender que el hombre no procesa la información, ni a la manera de la informática, ni a la de la lógica, sino de una **manera psico-lógica**, especialmente ante aquellas formas de conocimiento científico en las que se plantea la resolución de los problemas, como ocurre en el diagnóstico.

Otros apartados sucesivos de su Discurso tratan de: **las teorías actuales sobre el conocimiento científico; el concepto del diagnóstico; búsqueda de la información; proceso del razonamiento diagnóstico; modelos de diagnóstico; métodos intuitivo e inductivo; diagnóstico diferencial por el absurdo; la medicina basada en la evidencia; "the Problem- oriented practice"; las "guidelines"; los algoritmos; las redes de discriminación; la informática en la clínica (Internet-Ciberespacio)**, etc.

Con todo ello, y aún considerando como muy positivos los extraordinarios recursos técnicos de que dispone la medicina actual, el Prof. Bustamante apunta que el diagnóstico aparece, sorprendentemente, como el elemento díscolo en nuetra labor. Recuerda la frase de Wyngaarden, editor de la obra **Medicina Interna** de Cecil: "cuando los datos de laboratorio prestan poca o ninguna ayuda, lo que el paciente, realmente, necesita es un médico". Y añade otra mención no menos expresiva, la de la "tijera de Oswald" para librarnos de lo supérfluo, pues la acumulación excesiva de datos oscurece la visión del asunto o diagnóstico a resolver.

El Prof. Bustamante dedicó su apartado final al **diagnóstico y las raíces de la ciencia,** bajo el cual figuran frases tan significativas, como la de Kulrinsky: "el diagnóstico no dispensa al médico de actuar como un fisiólogo ante un experimento que él no ha planteado, pero del que es responsable y ha de tratar de influir en las condiciones patológicas y patogénicas, para ordenar los trastornos y llevar a buen fin a su enfermo con unos remedios que cada día son más y más eficaces, pero también más y más peligrosos.

Y termina su disertación con estas palabras: hoy, en nuestra era, la de la tecnología y la eficacia, la medicina actual tiene mucho de ciencia experimental, pero conserva bastante de arte personal y un pequeño ingrediente de magia. Ella, como obra del hombre y para el hombre, resulta tan compleja

como apasionante. Sin estos tres aspectos no se puede llegar a comprender. Y tampoco, si nos olvidamos que, en el fondo, y a pesar de los avances tecnológicos, la medicina siempre ha sido , es y será una obra de fe, de esperanza y, sobre todo, de amor por el hombre enfermo. Porque, como escribieron los hipocráticos, "sólo donde hay amor al hombre, hay amor al arte".

La disertación del Prof. Bustamante fué premiada con un fuerte aplauso.

* * * * *

REAL ACADEMIA DE MEDICINA - DEPARTAMENTOS DE FISIOLOGÍA Y ENFERMERÍA DE LA UPV/EHU

VIII SEMANA DE PREVENCIÓN DE LA ARTERIOSCLEROSIS Y ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES (8-12 DE MARZO DE 1999)

La fuerte incidencia de enfermedades cardiovasculares en la sociedad actual y su alta contribución a la mortalidad, un 50% o más del total de causas de muerte, nos instó a poner en marcha la **VIII SEMANA DE PREVENCIÓN DE LA ARTERIOSCLEROSIS Y ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES**, cuyos objetivos primordiales han sido ofrecer unos Servicios gratuitos de consulta e información apropiados. Creemos firmemente, y de acuerdo con las recomendaciones de la **O.M.S.**, que resulta ineludible instruir a la población sobre el riesgo de ciertos hábitos higiénico-dietéticos para contraer o agravar, en su caso, algunas enfermedades cardiovasculares (infarto de miocardio, accidentes cerebrovasculares, arteriopatías periféricas, etc.).

Con esta finalidad, la **REAL ACADEMIA DE MEDICINA y los DEPARTAMENTOS DE FISIOLOGÍA Y ENFERMERÍA de la UPV/EHU** desarrollaron en Bilbao, del 8 al 12 de marzo, esta **VIII SEMANA**, que al igual que las precedentes alcanzó un éxito resonante, tanto por su contenido teórico-instructivo como por su realización-demostración práctica. Y todo ello, gracias:

1) Al funcionamiento coordinado de Unidades de Consulta, encargadas de :
   a) Encuestas sobre antecedentes familiares y personales.
   b) Mediciones de peso y talla para cálculo de obesidad.
   c) Tomas de tensión arterial.
   d) Dosificación de colesterol en sangre, y
   e) Orientar a las personas cuyos resultados clínico-analíticos fueron anormales para que conectaran, al respecto, con su Servicio médico; y si no dispusieran de esta posibilidad que podrían acudir a nuestras instalaciones, en orden a profundizar en la investigación de su patología y al establecimiento, en su caso, de un tratamiento adecuado.
2) Excelente acogida dispensada por la población, cuya asistencia a las Consultas superó la cifra de **2602** personas. En cuanto a las conferencias de divulgación, el público llenó los locales en que se dictaron, estimándose su asistencia en más de 3500 personas.
3) A la colaboración entusiasta de equipos técnicos integrados por **médicos** y **enfermeras universitarias-diplomadas**, pertenecientes a **Cursos Universitarios de Especialistas en Arteriosclerosis y Trombosis,** dirigidos por los Profs. Drs. J.M. de Gandarias y J.A. Iriarte, **de los Departamentos de Fisiología y Enfermería de la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea**.
4) Al nivel científico de las **Conferencias y Mesas redondas**, en las que participaron los siguientes Profesores: V. Sosa (Madrid), J.M. de Gandarias (Bilbao), J. A. Iriarte (Bilbao), I. Narváez (Bilbao), E. Sabino Sabino (Bilbao), J.P. Sáez de la Fuente (Bilbao) y C.A. Villaverde (Barcelona).
5) A la valiosa contribución de diversas Instituciones: **Excmo. Ayuntamiento de Bilbao, Sociedad Española de Arteriosclerosis (SEA), Fundación Española de Arteriosclerosis**

(FEA), Socieda
Docencia de l
Asociación Viz
año, de **AGRA,**
6) Y muy particula
de Sanidad y C
- **Muestreo de 260**
- **FACTORES Y HÁBIT**

a .- **COLESTEROL:**

< 200 mg /
> 200<240 m
≥ 240 mg/dL

b .- **HIPERTENSIÓN:** ***Pr***

≥ 160 mm
140-160 mm
< 140mmHg

< 90 mmHg
90-94 mmH
≥ 95 mmHg

c .- **ÍNDICE DE QUETE**

≥ 30 ⇒
25-29 ⇒
< 25 ⇒

d .- **TABAQUISMO:**

No fumado
Ex-fumado
Fumadores

e .- **EJERCICIO FÍSICC**

- Moderad
- Intenso
- Nulo ⇒

Asistentes a las

(FEA), Sociedad Española de Cardiología (SEC), Fundación para la Investigación y Docencia de las Enfermedades Cardiovasculares (FIDEC); y, muy especialmente, la **Asociación Vizcaína de Enfermos de Trombosis (AVET)**. Destacamos el apoyo, año tras año, de **AGRA, S.A.**, mereciendo especial mención su directivo D. Juan López de Sagredo.

6) Y muy particularmente al **GOBIERNO VASCO/EUSKO JAURLARITZA**, cuya Consejería de Sanidad y Consumo nos animó en todo momento, prestándonos un valioso apoyo.

- **Muestreo de 2602** personas:**1561** mujeres(60 %) y **1041** hombres(40 %)
- **FACTORES Y HÁBITOS DE RIESGO HALLADOS:**

a .- **COLESTEROL:**

	Total	**Hombres**	**Mujeres**
< 200 mg / dL ⇒	1041 (40%)	390 (37,5%)	650 (41,66%)
> 200<240 mg/dL ⇒	780 (30%)	261 (25%)	530 (33 %)
≥ 240 mg/dL ⇒	780 (30%)	390 (37,5%)	390 (25,01%)

b .- **HIPERTENSIÓN:** ***Presión arterial sistólica***

	Total	Hombres	Mujeres
≥ 160 mmHg ⇒	245 (9,4%)	122 (11,74%)	105 (6,75%)
140-160 mmHg ⇒	736(28,3%)	302 (29,01%)	469 (30,4%)
< 140mmHg ⇒	1621 (62,3%)	617 (59,25%)	987 (63,21%)

Presión arterial diastólica

	Total	Hombres	Mujeres
< 90 mmHg ⇒	1880 (72,26%)	835(80,23%)	1117 (71,54%)
90-94 mmHg ⇒	371 (14,24%)	76 (7,26%)	286 (18,31 %)
≥ 95 mmHg ⇒	351 (13,5%)	130 (12,51%)	158 (10,15%)

c .- **ÍNDICE DE QUETELET :**

	Total	Hombres	Mujeres
≥ 30 ⇒	548 (21,07%)	151 (14,5%)	354 (22,68%)
25-29 ⇒	1205 (46,3%)	637 (61,2%)	629 (40,3%)
< 25 ⇒	849 (32,63%)	253 (24,3%)	568 (37,02%)

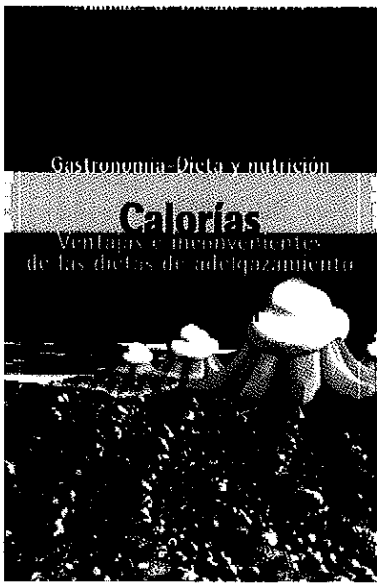
d .- **TABAQUISMO:**

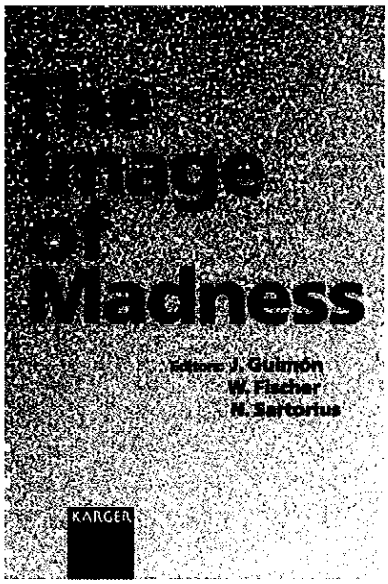
	Total	**Hombres**	**Mujeres**
No fumadores ⇒	1889 (72,60 %)	419 (40,26%)	1347 (86,29%)
Ex-fumadores ⇒	500 (19,23%)	409 (39,27%)	98 (6,28%)
Fumadores ⇒	213 (8,17%)	213 (20,47%)	116(7,43%)

e .- **EJERCICIO FÍSICO:**

	Total	**Hombres**	**Mujeres**
- Moderado ⇒	1941 (74,61%)	814 (78,22%)	1096 (70,20%)
- Intenso ⇒	476(18,29%)	155(14,92%)	301 (19,26%)
- Nulo ⇒	185 (7,10 %)	71 (6,86%)	165(10,54%)

Asistentes a las Conferencias más de **3.500** personas.





Ve

Se trata de una e
para tantas y tantas p
que les haga perder p

La manía de publi
porcentaje de los que
escriben muchos inco

El libro de Jesús L
grado por otras mucha
para exponer la temá

Nuestra Real Aca
Corporación, deleitánc
más, que al llegar eje
verdadera admiración

La obra es, adem
Felicitación y ánimo
tan saludable benefic

En esta obra, que
cipan coautores alem
turcos, se exponen y
psiquiatras y hasta d
psquiátrica especializ
cias del tratamiento e

La propiedad y s
chable e instructiva (p
Medicina-Psiquiatría.

Publicaciones de libros

Calorías

Ventajas e inconvenientes de las dietas de adelgazamiento
Jesús Llona Larrauri
Académico de Número de la RAMPV/EHMEA
EDITORIAL EVEREST

Se trata de una excelente obra, bien documentada, de fácil asimilación y guía conveniente para tantas y tantas personas que con razón/o no precisan/desean seguir un regimen alimentario que les haga perder peso.

La manía de publicar libros sobre nutrición y dietética alcanza limites insospechados, pero el porcentaje de los que merecen aprobación es sumamente restringido. Sobre nutrición hablan y escriben muchos incompetentes y desaprensivos.

El libro de Jesús LLONA está tan fundamentado como corresponde a un especialista consagrado por otras muchas publicaciones prestigiosas y por la gran facilidad que muestra este autor para exponer la temática que relata.

Nuestra Real Academia siempre rememorará con gozo su Discurso de Ingreso en esta Corporación, deleitándonos a todos con su tema la «Comida de los Vascos». He de añadir, además, que al llegar ejemplares de este Discurso a la Real Academia Nacional de Medicina, causó verdadera admiración en los que lo leyeron.

La obra es, además, poco voluminosa, portable-consultable como si fuera un libro de bolsillo. Felicitación y ánimo al autor para continuar en esta línea de publicista-guía sobre nutrición, que tan saludable beneficio puede reportar a la población en general.

* * * * *

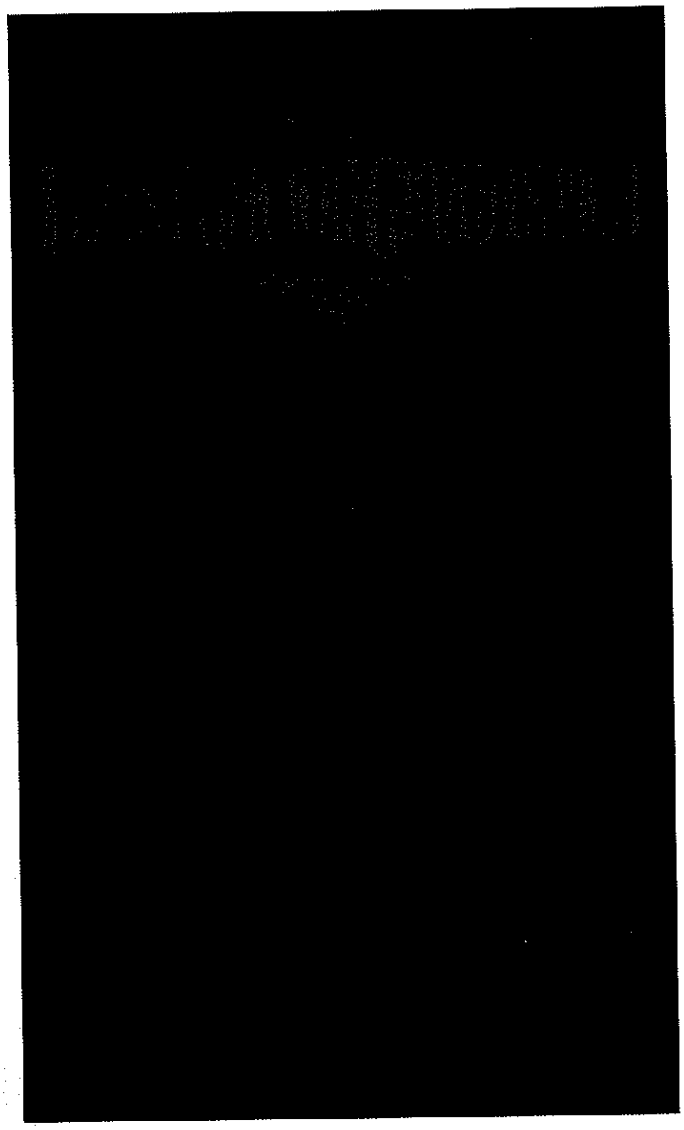
The Image of Madness

J. Guimón; W. Fischer; N. Dartorius

KARGER AG, Basel (Switzerland)

En esta obra, que dirige el Prof. Guimón Ugartexea, netamente internacional en la que participan coautores alemanes, británicos, canadienses, españoles, franceses, norteamericanos y turcos, se exponen y debaten diversos asuntos con toda cualificación: actitud del público, de los psiquiatras y hasta de los estudiantes de Medicina, hacia la la enfermedad mental; asistencia psquiátrica especializada; uso - abuso de la medicación psicotrópica; preferencias - conveniencias del tratamiento extrahospitalario u hospitalario; psicoeducación de los esquizofrénicos...

La propiedad y sencillez con que se relatan los temas hacen de este libro una obra aprovechable e instructiva (pedagógica), tanto para los profesionales como para los propios alumnos de Medicina-Psiquiatría.



El Imo. Sr. Prof. Dr.
Corporación, tras fec
Autónoma de Madrid,

de la que presenta

Se trata del conjunt
Bilbao desde el 1 de m
magnífica revista que
ner el carácter quincen
ño y ... su patrimonio e
arruinó económicamen
miento, altruismo y co
en la biblioteca de La

D. Felipe Serrate fu
NASIA en el Colegio
1866. Su persona estu
ciales, privados y desi
Bilbao de fines del die
nórdico, que imperaba
de Misericordia practic
nasios privados, asoci
nasia en el variopinto
creación del Club Dep

El Profesor Manue
1.- La obra de Fra
2.- El Deporte en
3.- Fundación del
Olímpico Espa

El libro ha sido ed
la Comunidad Autón
municipales de Bilbao

COLABO
DEP

Gestión y Adminis
Seguridad y Salud
Educación Física
Salud Pública
Ortodoncia y Orto

Aportación Bibliográfica del Prof. Vitoria Ortiz

El Imo. Sr. Prof. Dr. D. Manuel Vitoria Ortiz, Académico de Número y Tesorero de esta Real Corporación, tras fecundas gestiones con los Profs. Villapalos y Legido de la Comunidad Autónoma de Madrid, ha conseguido reeditar

LA ILUSTRACIÓN GIMNÁSTICA

de la que presenta esta recensión:

Se trata del conjunto de revistas (con este título) que, a su cargo publicó D. Felipe Serrate en Bilbao desde el 1 de marzo de 1886 hasta el 15 de agosto de 1887. Un año y cinco meses duró la magnífica revista que ya sufrió retrasos en los números catorce y diecinueve no pudiendo mantener el carácter quincenal con el que fue creada. Felipe Serrate puso toda su ilusión, saber, empeño y ... su patrimonio en la continuidad de la revista que no pudo llegar al número veinticinco. Se arruinó económicamente en su loable empeño, dando una lección más de idealismo, desprendimiento, altruismo y coherencia que su vida nos legó. Los originales de esta revista se encuentran en la biblioteca de La Bilbaína..

D. Felipe Serrate fue el primer profesor que obtuvo la plaza por oposición de la disciplina GIMNASIA en el Colegio General de Vizcaya. Tomó posesión de dicha plaza el 17 de diciembre de 1866. Su persona estuvo vinculada a la docencia de la práctica deportiva en todos los niveles: oficiales, privados y desinteresados. Buena prueba de su dedicación es la puesta en marcha en el Bilbao de fines del diecinueve, del nuevo concepto del ejercicio físico, de corte fundamentalmente nórdico, que imperaba en Europa. Del mismo modo, su interés porque los niños de la Santa Casa de Misericordia practicaran gimnasia siguiendo el modelo sueco infantil. Creador de diversos gimnasios privados, asociado a Paulino Charlen y Zamacois, fue el impulsor de la práctica de la gimnasia en el variopinto mundo del Bilbao finisecular. A destacar también, su labor orientadora en la creación del Club Deportivo y en su derivación en el Circo Amateur del Club Deportivo de Bilbao.

El Profesor Manuel Vitoria ha realizado la introducción dividida en tres partes:

1.- La obra de Francisco Amorós y la obra de Felipe Serrate.
2.- El Deporte en Vizcaya desde finales del diecinueve comienzos del veinte.
3.- Fundación del Comite Olímpico Internacional por el Barón Coubertin; fundación del Comite Olímpico Español y participación española en las primeras olimpiadas.

El libro ha sido editado por la Dirección General de Deportes de la Consejería de Cultura de la Comunidad Autónoma de Madrid. En breve será presentado públicamente por las autoridades municipales de Bilbao.

* * * * *

COLABORACIÓN DE LA REAL ACADEMIA EN LOS MÁSTERS DEL DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLOGÍA DE LA UPV/EHU

Gestión y Administración de Centros Sanitarios
Seguridad y Salud Laboral
Educación Física y Deporte
Salud Pública
Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial

OBITUARIO

Nuestra Corporación lamenta el fallecimiento, en San sebastián, del Académico de Número, Ilmo. Sr. Dr. D. Carlos Sanz Acín, Vicepresidente que fue de esta Real Academia.

FELICITACIÓN

Al Ilmo. Sr. Prof. Dr. D. Manuel Vitoria Ortiz por la obtención, tras brillante Oposición, de la Cátedra de Medicina de la Educación Física y Deporte, del Dpto. de Estomatología de la UPV/EHU

* * * * *

Aportación Científica del Prof. Zorraquino

El Académico Ilmº Sr. Prof. Dr. Juan V. Martín Zorraquino, con su grupo de investigación, aporta sendas publicaciones al contenido de esta MEMORIA :

1) " Legionnaires Disease and Climate Control Systems in the Basque Country", trabajo esponsorizado por la UPV/EHU y la empresa BALTOGAR, presentado en un Congreso en Sidney (Australia).

2) " El problema de la legionella en las instalaciones de climatización del País Vasco", con la misma esponsorización, presentado en un Congreso en Lisboa.

Ambos corresponden al proyecto UE98/53, continuador del UE96/28, y que se aportó a la MEMORIA del pasado año.

Estos trabajos han sido realizados por el Dptº de Máquinas y Motores térmicos de la UPV/EHU, con la colaboración de BALTOGAR CADEM (Centro de ahorro energético y desarrollo minero del País vasco) y GARNIER (Centro Tecnológico especializado en temas biológicos).

Los investigadores que han participado en los trabajos dirigidos por el Prof. Zorraquino son los Drs. F. Mendía Urquiola y P. Gurrutxaga Arruza

La temática de ambos trabajos es de alto interés sanitario, ya que la epidemiología concerniente a la bacteria "Legionella pneumofilla" es la causante de procesos respiratorios agudos que representan el 5 % de las neumonías de origen nosocomial con evolución letal. Dada la incidencia de la **legionosis**, consideramos este tipo de investigación como de inmediata aplicación, esperando contribuya como los trabajos precedentes, a una eficaz profilaxis contra esta enfermedad. El trabajo de este equipo se ha extendido a 62 torres de refrigeración: 49 torres industriales y 13 torres de sector terciario. En nombre de la Real Academia, felicitamos al Prof. Zorraquino y cols., alentándolos a proseguir en esta labor sanitaria en pro de la ciudadanía de nuestra Comunidad.

IN

El día 14 de Diciem
la Excmª Diputación
Academia de Medicin
Prof. Dr. D. José Ant
Prof. Dr. D. Juan Mar

Dis

La narrativa de su

Historia e Impor

Señaló el Prof. Ir
la humanidad, pues
arteriosclerosis en m

Es un hecho est
gran incidencia, más
des; es la primera ca
repercusiones socio-

La enorme incid
Norteamérica, murie
gía los siguientes pr
sis venosa y emboli
personas; y nada me
da de los 80 se apre
doble que la ocasion
trece veces más qu
contabiliza más de
cardio (de los que u
con alto riesgo de re

En Euskadi, la
Pro-Cardiacos, seg
Prevención de Enfe
las Enfermedades
detectado que la p

INGRESO DEL PROFESOR JOSÉ ANTONIO IRIARTE
(14/XII/99)

El día 14 de Diciembre de 1999 , en SESIÓN SOLEMNE celebrada en el Salón de Plenos de la Excmª Diputación Foral de Bizkaia, ingresó como **Académico de Número** de la Real Academia de Medicina del País Vasco/Euskal Herriko Medikuntzaren Errege Akademia el Ilmº Sr. Prof. Dr. D. José Antonio Iriarte Ezkurdia, oficiando como Padrino de la ceremonia el Excmº Sr. Prof. Dr. D. Juan Manuel de Gandarias y Bajón, Presidente de esta Corporación.

Discurso para la Recepción Pública del Académico Electo
Ilmo. Sr. Prof. Dr. D. José Antonio Iriarte Ezkurdia

TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL:
AYER, HOY Y MAÑANA

La narrativa de su Discurso se distribuyó en diversos apartados:

Historia e Importancia de la Trombosis

Señaló el Prof. Iriarte que la historia de la trombosis es tan antigua como la propia historia de la humanidad, pues ya 5000 años A.C. se detectó la presencia de esta patología como placas de arteriosclerosis en momias egipcias.

Es un hecho establecido que la importancia de las trombosis cardiovasculares radica en su gran incidencia, más del 50 % de fallecimientos en países desarrollados; abarca a todas las edades; es la primera causa de hospitalización de personas mayores de 50 años y comporta graves repercusiones socio-económicas.

La enorme incidencia de esta patología está cobrando importancia creciente. En 1978, en Norteamérica, murieron por trombosis cerca de 540.00 personas , incluyendo dentro de tal patología los siguientes procesos: trombosis cerebral, infarto de miocardio, embolismo arterial, trombosis venosa y embolismo pulmonar. En el mismo tiempo y país fueron hospitalizadas 2.180.000 personas; y nada menos que 3.820.000 fueron tratadas extrahospitalariamente. Durante la década de los 80 se apreció en Norteamérica que la mortalidad por enfermedad cardiovascular era el doble que la ocasionada por el cáncer; diez veces más que la causada por accidentes laborales y trece veces más que la producida por enfermedades periféricas oclusivas. En la actualidad se contabiliza más de 1 millón de casos de angina inestable; 2,5 millones de infarto agudo de miocardio (de los que una tercera parte muere de inmediato) y más de 15 millones que sobreviven con alto riesgo de recurrencia y muerte.

En Euskadi, la prospección longitudinal efectuada, en principio por la Fundación Vizcaya Pro-Cardiacos, seguida de las efectuadas sucesivamente por el Instituto de Epidemiología y Prevención de Enfermedades Cardiovasculares, Fundación para la Investigación y Docencia de las Enfermedades Cardiovasculares (**FIDEC**) y la Escuela Universitaria de la UPV/EHU, ha detectado que la prevalencia de enfermedades cardiovasculares de asiento arterial en edad

laboral ha sido de 0.98 % en las mujeres y de un 6,74 % en hombres, ascendiendo en personas con más de 65 años a un 20, 6 %. Por su parte, la prevalencia de la insuficiencia venosa profunda (IVP), consecuente en la mayoría de los casos a un padecimiento de TVP, fue de 2,5 % en hombre y 4,2 % en mujeres, ascendiendo a un 21 % en personas con más de 65 años.

Esta grave incidencia repercute netamente en la sociedad que, en suma, es la que actúa de soporte desde un doble punto de vista, asistencial y económico.

El Prof. Iriarte expuso después los principales avances científicos en lo concerniente al mecanismo de la coagulación, cascadas coagulatoria y anticoagulatoria, así como lo relativo al control de los tiempos de hemorragia, test de protrombina o test de Quick y otros, más todo lo referente a las vitaminas K, los múltiples factores de la coagulación y factores anticoagulantes actualmente conocidos, base principal del tratamiento anticoagulante, resaltando la importancia de los medicamentos anticoagulantes o productos antivitamínicos K y otros, a los que dedicó importantes apartados narrativos.

Historia de los medicamentos anticoagulantes

Las vicisitudes de la terapéutica anticoagulante, en paralelismo con el descubrimiento de la vitamina K (procoagulante) por Dam, profesor de Fisiología de la Universidad de Copenhague, constituyen uno de los capítulos épicos más brillantes en la historia de la medicina. La historia de los anticoagulantes orales junto con la de la heparina debe mucho a Schofield y Roderick, investigadores veterinarios de Ontario(Canadá) y Dakota del Norte (Estados Unidos), al demostrar el primero de ellos en 1924 que las hemorragias del ganado vacuno que pastaba en las áridas llanuras de esos territorios se debía a la ingestión por estos animales de un trébol tóxico; y que esta patología desaparecía si los animales afectados cambiaban de alimentación o recibían transfusiones de sangre de congéneres de otras procedencias. Tras estos conocimientos, Roderick, en 1931, publicó que las hemorragías se debían a un defecto de protrombina, uno de los pocos factores de la coagulación conocidos por entonces. Y fue precisamente, Quick, el que cuatro años más tarde describió la prueba que lleva su nombre, tabién denominada **tiempo de protrombina**.

La casualidad, como muchas veces acontece, propició el descubrimiento de los anticoagulantes orales: en la tarde de un sábado del mes de febrero de 1933, en la que rugía una furiosa tempestad, el granjero Ed Carlson se presentó ante la puertas cerradas de la Estación Experimental de Madison (Wisconsin) con un ternero muerto, cubierto de hematomas, un jarro de leche teñida de sangre y 100 libras de trébol dulce del que se alimentaba el ganado, por lo que hubo de digirse a otro edificio, en el que estaba el laboratorio de Bioquímica que dirigía Link. A partir de esa fecha, el equipo científico de Link se aplicó afanosamente a investigar la naturaleza química del producto hemorragíparo responsable contenido en el trébol dulce. Y no fue hasta junio de 1939, que Harold Campbell, ayudante de Link, aisló en forma cristalina el agente hemorragíparo causal, desvelando Stahman y Huebner su composición química en 1941, resultando ser el 3, 3'-metilén- (bis-4-hidroxicumarina), al que denominaron **dicumarol** por su doble grupo cumarínico.

A partir de entonces se sintetizaron más de 100 productos anticoagulantes, utilizándose muchos de ellos como raticidas. Link, en 1944, investigó meticulosamente el producto número 42, que era la 3 - fenilacetil - etil - 4 -hidroxicumarina, a la que denominó **warfarina**, incorporando asía las cuatro primeras letras de este producto anticoagulante, las del anagrama **WARF** (Wisconsin Alumni Research Foundation). Y en 1950, Stroff y Litvan sintetizaron el **sintrom** o nitrofenil-acetil-etil -4-hidroxicumarina, dispensable en comprimidos de 1 y 4 mg.

Aunque desde e
en los países anglos
ciones como la del D
ció, en la Fundaciá
cumarínico.

Historia de las U

En 1958, el grup
Oral (TAO) en la Fu
Hospital de Basurto
trolado hasta el pres
dosis de anticoagula

En 1969, el Pro
les y de otros países
fue su Primer Presid

En 1971, con mo
de TAO como "aqué
al enfermo y le dosi
e informa adónde de
ca".

Por aquel tiemp
Manchester (Inglate
ha resultado científ
estrechar la relación
Protrombina más la
unas líneas despué

De lo referido h
Centro dedicado al t
y de enfermería, que
mente a los paciente
TAO de Bilbao, en
Escuela Universitari
(AVET), premiando

Y además, gracia
la denominada SEM
con su **IX edición** a
Este certamen sema
extranjeros, junto c
Ayuntamiento de Bilb
tuciones. A dicha SE
calificación de Obra
certamen dan surtid
mo volumen.

Aunque desde entonces, la lista de anticoagulantes orales era muy numerosa: la **warfarina**, en los países anglosajones; y el **sintrom**, entre nosotros, son los más empleados, salvo excepciones como la del Dr. Iriarte e Iriarte, padre del autor de este trabajo, quien pioneramente, ya inició, en la Fundación Vizcaya Pro-Cardíacos, el tratamiento con el **marcumar** otro compuesto cumarínico.

Historia de las Unidades de Anticoagulación

En 1958, el grupo del Prof. José Atonio Iriarte creó la Unidad de Tratamiento Anticoagulante Oral (TAO) en la Fundación Vizcaya Pro-Cardíacos. Posteriormente, esta Unidad se trasladó al Hospital de Basurto al integrarse nuestra Fundación en dicho Hospital. La TAO bilbaina ha controlado hasta el presente más de 600.000 pacientes, habiendo administrado unos 20 millones de dosis de anticoagulantes orales.

En 1969, el Prof. José Antonio Iriarte funda, en Bilbao, en colaboración con colegas nacionales y de otros países, la **Liga Mediterránea contra la Enfermedad Tromboembólica**, de la que fue su Primer Presidente continua ndo en nuestra villa la sede de su Secretaría .

En 1971, con motivo del **II Congreso de la Liga Mediterránea** se definió la Unidad de Control de TAO como "aquélla que colabora en las indicaciones, descarta las contraindicaciones, informa al enfermo y le dosifica. Y en caso de sospecha de complicaciones tromboembólicas, le asesora e informa adónde debe acudir; y finalmente, se responsabiliza ante una complicación hemorrágica".

Por aquel tiempo ya funcionaban Unidades de Anticoagulación: en Utrecht (Holanda), Manchester (Inglaterra), etc. La interrelación entre la unidad TAO de Manchester y la de Bilbao ha resultado científica y técnicamente fructífera, habiendo derivado de ella diversas ventajas: estrechar la relación médico-enfermo, la pronta entrega del resultado de la prueba del Tiempo de Protrombina más la exitosa purificación de la **tromboplastina Bilbao**, asunto que retornamos unas líneas después, en el apartado siguiente.

De lo referido hasta el momento, puede concluirse que las Unidades TAO y cualquier otro Centro dedicado al tratamiento anticoagulante debe estar dotado de un personal experto médico y de enfermería, que además de prestar una competente asistencia clínica, instruya convenientemente a los pacientes mediante conferencias y reuniones conjuntas. Tal es el caso de la Unidad TAO de Bilbao, en la que el Prof. Iriarte y su grupo funciona en plena concordancia con la Escuela Universitaria de Enfermería y con la Asociación Vizcaína de Enfermos de Trombosis (AVET), premiando su creciente solidaridad con óptimos resultados.

Y además, gracias a esta interrelación se ha logrado institucionalizar la celebración anual de la denominada SEMANA PARA LA PREVENCIÓN DE LA ARTERIOSCLEROSIS, que contará ya con su **IX edición** a partir del próximo 6 de marzo, día de su inauguración en este año 2000. Este certamen semanal/año cuenta con la colaboración de prestigiosos especialistas nacionales y extranjeros, junto con el apoyo del Dptº deSanidad del Gobierno Vasco/Eusko Jaurlaritza, Ayuntamiento de Bilbao, Dptos. de Fisiología y de Enfermería de la UPV/EHU, AVET y otras instituciones. A dicha SEMANA le ha otorgado el Dptº de Sanidad del Gobierno Vasco, en 1997, la calificación de Obra de Interés Científico-Sanitario. De las particularidades y resultados de este certamen dan surtida cuenta, con su título, varias páginas de un apartado especial en este mismo volumen.

La Tromboplastina Bilbao-TBi

En 1978, el Prof. Iriarte se aplicó, en la Fundación Vizcaya Pro-Cardíacos, a la fabricación de la denominada **tromboplastina Bilbao**, de origen humano. Y posteriormente, tras una serie de estancias de la Drª Vacas Rius en el Dptº que dirige el Prof. Poller del Withington Hospital de Manchester, se ha logrado, paso a paso, purificar y perfeccionar la elaborción de esta tromboplastina.

En la actualidad la tromboplastina Bilbao, ha logrado superar los controles pertinentes a que se ha sometido, siendo reconocida, a partir de 1998, por: la Asociación Española de Hematología y Hemoterapia y su Comité de Estandarización, así como por la Socidad Española de Trombosis y Hemostasia, recibiendo la calificación de **reactivo patrón** de tromboplastina dentro del Programa Nacional de Evaluación Externa de la Calidad en Hematología.

La consecución de tan preciado objetivo es otro de los muchos e indiscutibles méritos que acreditan el nivel científico, clínico y docente del Prof. Iriarte, quien en la mencionada fecha del 14 de diciembre de 1999 ingresó en su calidad de Académico de Número de esta Real Corporación, en ceremonia que apadrinó y ofició el Prof. Gandarias.

Finalmente, el Discurso del Prof. J. A Iriarte fué premiado con un prolongado aplauso.

USOS Y ABUSOS DE LOS DERECHOS HUMANOS EN PSIQUIATRÍA

DISCURSO DE INAUGURACIÓN DEL CURSO ACADÉMICO 2000

a cargo del

Excmo. Sr. Prof. Dr. D. José Guimón Ugartetxea

Catedrático y director del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Ginebra
Director del Centro Colaborador para la Investigación y Docencia en Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud en Ginebra

SUMARIO:

1. IMPACTO DE LAS POLÍTICAS DE SALUD PÚBLICA EN LOS DERECHOS HUMANOS

2. ORGANIZACIONES QUE TRATAN DE LAS CUESTIONES DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LOS ENFERMOS MENTALES
2.1. Las Naciones Unidas y otras instituciones Supranacionales
2.2. La asociación Médica Mundial
2.3. La asociación Mundial de Psiquiatría
2.4. La asociación Americana de Psiquiatría
2.5. Otras organizaciones

3. SALUD MENTAL Y DERECHOS HUMANOS
3.1. Definiciones y conceptos generales en salud Mental
3.1.1. Los «Principios» de las Naciones Unidas
3.1.2. Las «Recomendaciones» del Consejo de Europa
3.1.3. Otras Organizaciones
3.1.4. Comentario
3.2. Derechos fundamentales y Libertades básicas
3.2.1. Los Documentos de las Naciones Unidas
3.2.2. Las «Recomendaciones» del Consejo de Europa
3.2.3. Otras Organizaciones
3.3. Restricciones de la Libertad
3.3.1. Los Documentos de las Naciones Unidas
3.3.2. Los Documentos del Consejo de Europa
3.3.3. Otras Organizaciones
3.3.4. Comentarios
3.4. Diagnóstico
3.4.1 Los «Principios» de las Naciones Unidas
3.4.2. Otras Organizaciones
3.4.3. Comentarios
3.5. Tratamiento
3.5.1. En los «Principios» de las Naciones Unidas
3.5.2. Documento del Consejo de Europa
3.5.3. Otras Organizaciones
3.5.4. Comentarios
3.6. Investigación
3.6.1. En los Documentod de las Naciones Unidas
3.6.2 Las «Recomendaciones» del Consejo de Europa
3.6.3. Otras Organizaciones
3.6.4. Comentarios
3.7. Documentos relativos a niños y adolescentes
3.7.1 Los Documentos de las Naciones Unidas
3.7.2. Otras Organizaciones
3.7.3. Comentarios

SUMARIO (Continuación)

3.8. Delincuentes con trastornos psiquiátricos
3.8.1. Los Principios de las Naciones Unidas
3.8.2. Las «recomendaciones» del Consejo de Europa
3.8.3. Otras Organizaciones
3.8.4 Comentario
3.9. Condiciones que deben reunir los establecimientos de salud mental
3.9.1. Los Principios de las Naciones Unidas
3.9.2. Las «recomendaciones» del Consejo de Europa
3.9.3. Otras Organizaciones
3.9.4 Comentario
3.10. Información y Confidencialidad
3.10.1. Los Principios de las Naciones Unidas
3.10.2. Otras Organizaciones
3.10.3. Comentario
3.11. Quejas y Evaluación
3.11.1. Quejas
3.11.2. Evaluación

4. PARIDAD Y LOCURA
4.1. Causas de desigualdad en la asistencia sanitaria
4.2. Desigualdad en relación con la Asistencia Psiquiátrica
4.2.1. Los documentos de las Naciones Unidas
4.2.2. Documentos Europeos
4.2.3. Otras Organizaciones
4.2.4. Comentarios

5. RESUMEN Y CONCLUSIONES

6. NOTAS

Excmos. e Ilmos. Sres. Académicos
Compañeros, Amigos
Sras. y Sres.

USOS Y ABUSOS DE LOS DERECHOS HUMANOS EN PSIQUIATRÍA

José Guimón Ugartetxea

«Que (...) la promoción y la protección de la salud dependan de la promoción y de la protección de la dignidad y de los Derechos Humanos» (Jonathan Mann, Fundador del Harvard Institue for Helath and Human Rights, 1997) [1].

«Mi deseo es (..) que la salud ya no sea considerada como un beneficio deseable, sino como un derecho humano por el cual luchar» (Kofi A. Annan, Secretario General de las Naciones Unidas, 1998) [2].

La cuestión de los Derechos Humanos de las personas que padecen enfermedades mentales tiene importantes implicaciones para la Salud Pública. Renuncio a tratar aquí sobre las legislaciones desarrolladas por distintos Estados que han sido ampliamente discutidas por agunos autores y, en particular, sobre la legislacion española que ha dado lugar recientemente a un debate interesante [3] y que comentaré en otro lugar. Realizaré, en primer lugar, una breve mención al impacto de las políticas de salud sobre los Derechos Humanos de los pacientes. Enumeraré después las distintas Organizaciones internacionales que se interesan por el tema en relación a la Salud Mental. Describiré luego las principales cuestiones en las que los Derechos Humanos pueden estar comprometidos (por falta de protección pero, a veces, también por exceso de celo) en Psiquiatría. Finalizaré refiriéndome a la exigencia de equidad para los enfermos mentales, tema candente en la actualidad en algunos países occidentales.

público y bienesta
derechos: a la libe
forma arbitraria; a
vada, la familia, e
pacífica; y a la lib
ción. Ciertas infr
requiere el interés
el caso de la Psiqu
ciones homicidas.
tricciones hayan s
sean indispensabl
restricciones daña

Los esfuerzos
rarse únicamente
que combata las v
sidad de respeto y
salud y de los der

2. ORGANIZA
HUMANOS DE

La cuestión
siendo afrontado
Asociaciones pro

2.1. Las Nac

Las Naciones
tos tales como
Convenio Interna
lo 125. Otras Ins
Social Europea (
las Personas (198

La Carta de
Mental; y ha pr
los enfermos me

2.2. La Asoc

La Asociaci
abandono de los

1 IMPACTO DE LAS POLÍTICAS DE SALUD PÚBLICA EN LOS DERECHOS HUMANOS

Los Artículos 27 (relacionado con la ciencia) y 25 (relacionado con la asistencia médica y sanitaria) de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (UDHR) [4] mencionan, aunque indirectamente, el derecho a la Salud. Las Convenciones y Tratados internacionales que la siguieron [5-9] lo incluyen, de forma un tanto vaga, entre otros derechos difíciles de garantizar (alimento, vivienda, vestimenta, educación, libertad de expresión, participación en la sociedad, libertad de movimientos dentro del propio país y fuera de las fronteras, así como libertad de búsqueda de refugio para huir de la persecución). Algunas legislaciones internacionales, en cambio, definen más específicamente el derecho a la salud como la Declaración Americana de los Derechos y los Deberes del Hombre [10], al establecer que toda persona tiene el derecho a conservar su salud mediante medidas sociales y sanitarias relacionadas con los alimentos, vestimenta, vivienda y asistencia médica en la medida en que lo permitan los recursos comunitarios y públicos.

Sin embargo, la expresión «Derecho a la Salud» no ha sido definida operativamente. Las políticas públicas de salud rara vez prestan atención a su impacto sobre los Derechos Humanos[11] aunque puedan de hecho comprometerlos, bien sea mediante discriminación contra algunos individuos o grupos, bien sea a través de restricciones de libertades fundamentales, etc. De hecho, pocos funcionarios de Salud Pública poseen los conocimientos necesarios para evaluar una acción sanitaria desde una perspectiva de Derechos Humanos.

La Organización Mundial de la Salud [5] ha reconocido el concepto de «seguridad sanitaria», que debe englobar, como lo dice su Directora General Gro Harlem Brundtland [12], «una constelación de derechos que forman parte integrante de la Declaración Universal de los Derechos Humanos: a la asistencia sanitaria, acceso a la educación y a la información, a alimentarse en cantidad y calidad suficientes, a una vivienda digna y a vivir y trabajar en un entorno en el que los riesgos sanitarios conocidos estén controlados». Otros Tratados y Declaraciones internacionales reconocen el derecho a la « mejor salud posible» y subrayan el vínculo entre el concepto de salud y valores tales como dignidad, no discriminación, justicia y participación.

Pero, ¿cuál es el estatus del Derecho a la Salud (y, en especial, del Derecho la Salud Mental) en el contexto de los Derechos Humanos ? Según la mayoría de los autores [11,13], existen ciertos derechos tan esenciales para la dignidad y el bienestar de las personas que no deben infringirse, ni siquiera en caso de emergencia pública, entre los que incluyen los siguientes: a no ser discriminado; a la vida; a no ser sometido a la tortura; no verse sometido a un trato humillante, inhumano o cruel; no ser sometido a esclavitud o a servidumbre no voluntaria; a que no sea aplicada la retroactividad en caso de actos criminales; a ser reconocido como persona ante la ley, y a la libertad de pensamiento, conciencia y religión. Así, para Gostin y Mann [13], incluso los posibles beneficios que pudieran derivarse para la Salud pública no justifican ninguna intrusión en esos Derechos Humanos.

Algunos derechos pueden, en cambio, según esos autores, ser restringidos en ciertas situaciones «únicamente con el fin de garantizar el debido reconocimiento y respeto para los derechos y libertades de los demás y con el fin de cumplir con los justos requisitos de moralidad, orden

público y bienestar general en una sociedad democrática». Como ejemplos, citan los iguientes derechos: a la libertad y a la seguridad de la persona; a no ser arrestado, detenido o exiliado de forma arbitraria; a la libertad de movimientos, a no padecer injerencias arbitrarias en la vida privada, la familia, el hogar y la correspondencia; a reunirse en asamblea o en asociación de forma pacífica; y a la libertad de opinión, que incluye el derecho a buscar, recibir e impartir información. Ciertas infracciones menores de esos Derechos Humanos pueden justificarse cuando lo requiere el interés de la Salud Pública y no hay otra manera de lograr el objetivo, por ejemplo, en el caso de la Psiquiatría, la hospitalización no voluntaria de un paciente que presenta serias intenciones homicidas. Sin embargo, para poder justificarlas se precisa, por una parte, que estas restricciones hayan sido establecidas por la legislación en una sociedad democrática, y, por otra, que sean indispensables para proteger un objetivo social valioso, pues, en demasiadas ocasiones, las restricciones dañarán más que favorecerán la salud pública.

Los esfuerzos para promover los derechos humanos en la asistencia sanitaria no deben considerarse únicamente desde una perspectiva individualista, sino también desde una perspectiva social que combata las violaciones de los derechos y de la dignidad humana, haciendo hincapié en la necesidad de respeto y de tolerancia. En cualquier caso, para poder explorar la interdependencia de la salud y de los derechos humanos, se necesitan experiencia de campo, enseñanza e investigación.

2. ORGANIZACIONES QUE TRATAN DE LAS CUESTIONES DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LOS ENFERMOS MENTALES

La cuestión de los Derechos Humanos de los enfermos mentales es un problema que está siendo afrontado por Organizaciones internacionales, por las Naciones individuales, por diversas Asociaciones profesionales y por grupos de pacientes y de familiares de éstos.

2.1. Las Naciones Unidas y otras Instituciones Supranacionales

Las Naciones Unidas han tratado del Derecho a la Salud Mental, indirectamente, en documentos tales como la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en su artículo 25 [4] y el Convenio Internacional sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), en el artículo 125. Otras Instituciones Supranacionales han mencionado también estos derechos, como la Carta Social Europea (1961) en sus artículos 11 y 136, la Carta Africana de los Derechos Humanos y de las Personas (1981) en el artículo 16 [7] y el Protocolo de San Salvador (1988) en el artículo 10) [8].

La Carta de la Organización Mundial de la Salud (1946) [14] se ocupa, también, de la Salud Mental; y ha promovido numerosas acciones enfocadas a mejorar los Derechos Humanos para los enfermos mentales en todo el mundo.

2.2. La Asociación Médica Mundial

La Asociación Médica Mundial ha realizado Declaraciones sobre la tortura [15], los abusos y el abandono de los niños [16], la utilización y el abuso de Medicación Psicotrópica1 [7].

2.3. La Asociación Mundial de Psiquiatría

La Asociación Mundial de Psiquiatría está muy comprometida con el progreso de los Derechos Humanos para los enfermos mentales y ha hecho varias declaraciones oficiales, entre las cuales la Declaración de Hawai [18], la de Viena [19], la de Madrid [20], las intervenciones en el informe Daes [21] y otros documentos sobre los derechos y las garantías legales de los enfermos mentales [22], sobre la participación de los psiquiatras en la pena de muerte [23] y sobre la asistencia psiquiátrica proporcionada a las victimas de la tortura, de las catástrofes naturales y de la guerra[24]. También ha promovido un programa completo sobre la esquizofrenia y el estigma [25].

2.4. La Asociación Americana de Psiquiatría

Además de las cuestiones citadas, sobre la mayoría de las cuales se ha ocupado, la APA ha denunciado [26] en varias ocasiones las nuevas estrategias de contención de costes propuestas por las compañías de «managed care» y que están produciendo desigualdades entre los pacientes psiquiátricos y los demás pacientes y entre diferentes subgrupos de población en relación con el acceso a la asistencia psiquiátrica[27].

La APA se muestra también particularmente interesada en la salud mental de las poblaciones que migran, lo que constituye uno de los principales problemas sanitarios en Estados Unidos; y que en el siglo venidero será una cuestión vital en todo el mundo.

2.5. Otras Organizaciones

Los Derechos Humanos para los enfermos mentales están hoy en día apoyados por numerosas asociaciones de familias y de pacientes (o «víctimas de la Psiquiatría», como algunos gustan de llamarse), por compañías farmaceúticas y por algunas Fundaciones privadas («Geneva Initiative», «Premio Ginebra para los Derechos Humanos en Psiquiatría, etc.»).

El «Centro Juez Bazelon para la Salud Mental» [28], con sede en Washington, se ocupa de fomentar la «paridad», el desarrollo de los recursos comunitarios, la protección legal de las personas aquejadas de un handicap mental, el derecho de éstas a la confidencialidad respecto de la incapacidad mental pasada o presente, en salud mental etc.. Ha combatido en diversas ocasiones la criminalización de los enfermos mentales y el aislamiento y la restricción de movimientos empleados en algunos centros.

El Instituto de Harvard para la Salud y los Derechos Humanos ha realizado un esfuerzo importante para organizar Congresos y publicar trabajos sobre los Derechos Humanos en relación con la Salud. La Fundación OMIE, en España, trabaja, asimismo, sobre estas cuestiones a varios niveles de implicación y con diferentes fondos.

3. SALUD MENTAL Y DERECHOS HUMANOS

Las cuestiones relativas a la relación entre salud y Derechos Humanos son tratadas de manera tangencial en diferentes documentos internacionales. En la Declaración Universal de los Derechos

Humanos [4], por ejemp
lio». (Artículo 9) (lo
luntarios injustificado
los servicios sociales
la Salud Mental). Otr

Por otra parte, ex
Humanos de los enfe
las Personas Enferma
adelante, nos referire
los Enfermos Mental
como « las Recomen
tidas en la ética de la

Durante los últim
los grupos de defens
tricos; es decir, que l
ben las personas que
hacia los enfermos m
pública como en el s
tamiento ambulatori
sultas permitidas. La
respecto en varios p
estudios que muestra
por una disminución
incapacidades deriva

La necesidad de
subrayada por pacie
objetivos principale
Derechos Humanos
cuestiones tales com
tratamientos, la resp

El «derecho a la
las organizaciones
oponerse al tratami
paciente en la gestió

3.1. Definicione

3.1.1. Los «Prin

Los Principios de
diagnóstico de la co

Humanos [4], por ejemplo, se dice sólo que «nadie será objeto de arresto arbitrario, detención o exilio». (Artículo 9) (lo que constituye una advertencia en contra de los ingresos psiquiátricos involuntarios injustificados) o que « (18.1) toda persona tiene derecho a (...) la asistencia médica y a los servicios sociales necesarios. » (17.2) (en una vaga referencia a la universalidad del Derecho a la Salud Mental). Otros Documentos hacen menciones un poco más detalladas[29].

Por otra parte, existen dos Documentos internacionales específicos relativos a los Derechos Humanos de los enfermos mentales: los «Principios de las Naciones Unidas para la Protección de las Personas Enfermas Mentales y la Mejoría de la Asistencia en Salud Mental»[30] (a los que, en adelante, nos referiremos como los «Principios») y las «Recomendaciones sobre la Situación de los Enfermos Mentales del Consejo de Europa»[31] (a los que, a partir de aquí, mencionaremos como « las Recomendaciones»). Estos documentos abordan las principales cuestiones controvertidas en la ética de la asistencia psiquiátrica.

Durante los últimos años, confrontados a una política de contención de costes, la mayoría de los grupos de defensa se centran principalmente en pedir la «paridad» para los pacientes psiquiátricos; es decir, que los enfermos mentales tengan el derecho a recibir un trato similar al que reciben las personas que padecen una enfermedad física. En efecto, actualmente, la discriminación hacia los enfermos mentales persiste en todo el mundo tanto en el sistema de asistencia sanitaria pública como en el sector privado en lo que se refiere al reembolso de la hospitalización y del tratamiento ambulatorio, bien sea en relación con la duración de la estancia o con el número de consultas permitidas. Las Asociaciones de Seguros de Salud critican la legislación propuesta a este respecto en varios países temiendo un aumento de los costes en espiral, pese a la existencia de estudios que muestran que un aumento en la cobertura en salud mental se vería contrabalanceado por una disminución en el consumo de otros tratamientos médicos y en las compensaciones por incapacidades derivadas de ciertas enfermedades psiquiátricas.

La necesidad de combatir las actitudes negativas hacia los pacientes psiquiátricos ha sido subrayada por pacientes, por sus familias, y por profesionales de la salud mental como otro de los objetivos principales de la Salud Pública en Psiquiatría [32]. La legislación especial sobre los Derechos Humanos para Pacientes Mentales se ha desarrollado en las últimas décadas respecto a cuestiones tales como la hospitalización no voluntaria, las medidas restrictivas del reembolso de tratamientos, la responsabilidad, la autonomía, la pérdida de derechos civiles, etc.

El «derecho a la locura» y «el poder del paciente» siguen siendo una cuestión importante para las organizaciones de usuarios. Esto incluye cuestiones tales como una mayor capacidad para oponerse al tratamiento o para elegir cómo ha de ser administrado, así como la participación del paciente en la gestión de los centros de salud mental [33].

3.1. Definiciones y conceptos generales en Salud Mental.

3.1.1. Los «Principios» de las Naciones Unidas

Los Principios de las Naciones Unidas [30] definen la «Asistencia en Salud Mental» como «el análisis y el diagnóstico de la condición mental de una persona, el tratamiento y la asistencia y rehabilitación de una

enfermedad mental o supuesta enfermedad mental». «Establecimiento en Salud Mental» significa «un establecimiento cualquiera o una unidad de un establecimiento cualquiera que proporciona, como función primaria, cuidados en Salud Mental». El término «Profesional de la Salud Mental» significa un médico, un psicólogo clínico, una enfermera, un trabajador social u otra persona cualificada y formada de forma adecuada que posea habilidades específicas útiles para los cuidados en salud mental. «Paciente» significa una persona que recibe cuidados en salud mental e incluye a todas aquellas personas admitidas en una prestación en salud mental; «Representante personal» significa une persona «encargada por ley del deber de representar los intereses de un paciente en cualquier campo específico o de ejercer derechos específicos por cuenta del paciente, e incluye el pariente o tutor legal de un menor salvo si la legislación local prevee de otra manera»; «El cuerpo de revisión» significa el cuerpo establecido de acuerdo con el Principio 17 para revisar la admisión no voluntaria o la retención de un paciente en una prestación en salud mental.

3.1.2. Las «Recomendaciones» del Consejo de Europa

Las «Recomendaciones» del Consejo de Europa [31] *consideran que la definición de la enfermedad mental «es extremadamente difícil», dado que los criterios cambian y que ha aparecido toda una nueva gama de trastornos psicológicos, en relación con la vida moderna. Subrayan la gran escasez de personal bien formado y se preocupan por la legislación sobre el ingreso de los enfermos mentales. Afirman que una persona que ha perdido la razón no puede ser considerada responsable de delitos y que «las anomalías de conducta en el campo de la moral o de la ley no constituyen en sí mismas un trastorno mental». Apoyan, además, la decisión en Hawai que condena el mal uso de la Psiquiatría para la supresión de la disidencia y aplauden la decisión de establecer un código ético internacional para la práctica de la Psiquiatría.*

3.1.3. Otras Organizaciones

La Declaración de Hawai de la Asociación Mundial de Psiquiatría1 [8] *indica que el objetivo de la Psiquiatría es «tratar la enfermedad mental y promover la salud mental (...) lo mejor posible, de acuerdo con los conocimientos científicos y los principios éticos aceptados» y que debe servir los mejores intereses del paciente (...) y para alcanzar estos objetivos, necesita de una investigación y de una formación contínua.*

3.1.4. Comentario

Muchos conceptos psiquiátricos han cambiado a lo largo de los siglos, en especial durante las últimas decadas. En los años 70, por ejemplo, el movimiento antipsiquiátrico, inspirado en la Contracultura, abogó en favor de las minorías que eran discriminadas (a causa de la raza, del sexo, de la orientación sexual, etc.). Este movimiento llegó a proponer que la enfermedad mental no existía y que la así llamada «locura» era sólo una etiqueta de la Sociedad (alienada ella misma) blandida para marginar a las minorías, transformándolas en chivos expiatorios de todos los males de nuestra cultura. La justificación de la profesión de «psiquiatra» fué cuestionada y el papel de los hospitales psiquiátricos duramente criticado. En los años posteriores, sin embargo, la investigación biológica y epidemiológica demostró de forma indudable que las enfermedades psiquiátricas existían, y el enfasis de las campañas de defensa de los pacientes se trasladó hacia otras cuestiones tales como el derecho a rechazar un tratamiento o a lograr la paridad para los enfermos mentales.

Los documentos internacionales sobre los Derechos Humanos definen, como hemos visto, el concepto de «Asistencia en Salud Mental» (que ha sido adoptado como alternativo al de Asistencia psiquiátrica para subrayar el aspecto de prevención de la Salud), el de «profesionales de la Salud Mental» (añadiendo a la de

psiquiatra otras profe
cos» (cuya necesidad
cepción de «manicom

3.2 Derechos F

3.2.1. Los Docu

Los «Principios»[3]
nes tales como el de
paciente «será tratad
debe proteger contra
do por razones de e
sociales y culturales»
ción justa» y tras to
informado lo antes p
sente. El examen mé
por la legislación loc
tratamiento debe rea
basado en un progr
Principios de la Étic
mia personal».

La Convención I
derecho de cada uno

En la Convención
o un sufrimiento inte
de obtener de ella o
Médica en la Protec
sanitario responsable
porcionarles «la prot
aplicar sus conocimi
adversa la salud me
que pudiera afectar d

En la Convención
cidio incluye «causar

3.2.2. Las «Rec

El Consejo de Eu
de comprender el se
información sobre lo
los procedimientos,
un handicap físico.
posibilidad de apela

psiquiatra otras profesiones, cuyo prestigio está actualmente en alza) y el de «establecimientos psiquiátricos» (cuya necesidad está hoy en día ampliamente aceptada, pese a haberse superado la trasnochada concepción de «manicomio»).

3.2 Derechos fundamentales y Libertades básicas

3.2.1. Los Documentos de las Naciones Unidas

Los «Principios»[30] *aluden a los derechos y libertades de base fundamentales en relación con cuestiones tales como el derecho a la mejor asistencia posible y disponible en salud mental, diciendo que el paciente «será tratado con humanidad y respeto hacia la inherente dignidad del ser humano» y que se le debe proteger contra toda «forma de explotación económica, sexuales y otras». No deberá ser discriminado por razones de enfermedad mental y gozará de «todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales». La incapacidad legal del paciente sólo podrá ser declarada «después de una audición justa» y tras tomar las medidas para garantizar la protección de sus intereses. El paciente debe ser informado lo antes posible de sus derechos, entre otros del que tiene a nombrar una persona que le represente. El examen médico sólo se debe hacer (Principio 5) «de acuerdo con un procedimiento autorizado por la legislación local» y es necesario garantizar la confidencialidad de la información (Principio 6). El tratamiento debe realizarse (Principio 9) dentro de un entorno lo menos restrictivo posible, debe estar basado en un programa prescrito individualmente y discutido con el paciente y de acuerdo con los Principios de la Ética Médica de las Naciones Unidas. Además, debe preservar y aumentar «la autonomia personal».*

La Convención Internacional sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales [5] *reconoce «el derecho de cada uno a gozar del más alto nivel de Salud Mental y física posible».*

En la Convención contra la Tortura [34] *este término es definido como «un acto mediante el cual un dolor o un sufrimiento intenso, sea físico o mental, es intencionadamente infligido a una persona con la finalidad de obtener de ella o de una tercera persona una información o una confesión» y los Principios de la Ética Médica en la Protección de los Prisioneros contra la Tortura* [35], *declaran (Principio 1) que el personal sanitario responsable de los cuidados médicos de los prisioneros y de los detenidos tiene el deber de proporcionarles «la protección de su salud física y mental» y que es infringir la ética médica (Principio 4) el aplicar sus conocimientos al interrogatorio de los prisioneros de manera tal que pudiera alterar de forma adversa la salud mental o física; «y el certificar la aptitud de los prisioneros para cualquier tratamiento que pudiera afectar de forma adversa su salud mental y física».*

En la Convención sobre la Prevención y el Castigo del Crimen y del Genocidio [36] *la definición del genocidio incluye «causar una lesión física o mental grave a los miembros del grupo».*

3.2.2. Las «Recomendaciones» del Consejo de Europa

El Consejo de Europa [31] *recomienda introducir el derecho al voto para los enfermos mentales capaces de comprender el sentido del voto, haciendo lo necesario para facilitar su ejercicio, garantizando que la información sobre los asuntos públicos sea puesta a su disposición, informando los pacientes acerca de los procedimientos, plazos e inscripciones, etc. y ofreciendo ayuda material a todos aquéllos que tienen un handicap físico. Los pacientes mentales que han sido declarados no aptos para votar deben tener la posibilidad de apelar. Recomienda, por otra parte, «modificar les reglas de la capacidad legal de manera*

que se garantice que no toda hospitalización conduzca necesariamente a una declaración automática de incapacidad legal, creando así problemas en lo que respecta a la propiedad y a otros derechos económicos».

3.2.3. Otras Organizaciones

La Asociación Mundial de Psiquiatría en la Declaración de Hawai [18] estipula que el psiquiatra no debe nunca «utilizar sus capacidades profesionales para violar la dignidad o los Derechos Humanos de cualquier individuo o grupo y no debería nunca dejar que las creencias o los prejuicios, los sentimientos y los deseos personales inadecuados interfieran con el tratamiento». En 1989 en Atenas [22] añadió que las personas con enfermedad mental tienen el derecho a un «tratamiento profesional digno» y que deben ser «protegidas de la explotación, el abuso y el deterioro». En otro lugar, estableció [27], que los psiquiatras deben negarse a entrar en una relación cualquiera con un prisionero que no sea la que tiene por objetivo la evaluación, la protección o la mejoría de su salud mental y física y que su participación en actos asociados a ejecuciones «es una violación de la ética profesional». En el mismo sentido, la Asociación Mundial de Médicos [15] establece que «el médico no debe aprobar, excusar o participar en la práctica de la tortura o de otras formas de procederes crueles, inhumanos o humillantes» y que no debe aportar «ningún instrumento, ninguna sustancia, o ningún conocimiento que facilitara la práctica de la tortura (...) o que disminuyera la capacidad de la víctima para resistir a semejante trato». Dice igualmente que «cuando un prisionero rechaza los alimentos (...) la decisión respecto de la capacidad del prisionero para formar tal juicio debe ser confirmada al menos por otro médico independiente».

3.3. Restricciones de la Libertad

3.3.1. Los Documentos de las Naciones Unidas

Los principios de de las Naciones Unidas [30] establecen (Principio 15) que se han de hacer esfuerzos con el fin de evitar el ingreso no voluntario y que todo paciente que es ingresado de forma voluntaria tiene el derecho a marcharse salvo que un ingreso no voluntario (principio 16) sea ordenado por un «profesional en salud mental cualificado» por «un período breve». La decisión debe ser comunicada al paciente y a una instancia legal imparcial e independiente a la que puede dirigirse el paciente para revisar periódicamente su situación (Principio 17). Entre las garantías de procedimiento (principio 18), el paciente tiene derecho a elegir un consejero y a pedir un intérprete.

La Convención para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales estipula que «nadie debe ser privado de su libertad salvo en casos específicos», entre los cuales se describe «la detención legal de personas para la prevención de la propagación de enfermedades infecciosas», y de enfermos mentales, alcohólicos, toxicómanos o vagabundos.

3.3.2. Los Documentos del Consejo de Europa

En su Artículo 6, las «Recomendaciones» [31] señalan que las restricciones a la libertad personal del paciente deben ser limitadas sólo a «aquéllas que sean necesarias a causa de su estado de salud y para el éxito del tratamiento». Sin embargo, el derecho del paciente a comunicar y a enviar cartas cerradas, no debe ser restringido.

Una hospitalización no voluntaria debe sólo hacerse por un período limitado o, por lo menos, su necesidad debe ser examinada (a intervalos regulares (Artículo 8) y cuando lo demande el paciente), por una

autoridad local. F
capacidad legal d
rio «a que sean
Finalmente, se dic
si su interés terap

En otra Recor
minan que una pe
con la ciencia mé
por su trastorno n
ta un grave peligr
la autoridad comp
ser ingresado en
tamente a la auto
tomada por una p
originariamente s
tener el derecho
una autoridad co
si quiere o no ape

Cuando la dec
dad legal contra
mado de sus dere
menos que el juez
de un representan

3.3.3. Otras

Las propuest
Asociación Mund
de la Asociación
se presentaron pr

En la Declara
debe crear «una
posible «se deberí
existir las condici
leza forzosa del
miento voluntaria
existencia de me
relación con un s
forense, la natura

La Declaraci
estatales deben p
ingreso no volun
para la ejecución
sólo será tomada

autoridad local. Por otra parte, el ingreso, en sí, no puede constituir «una razón para la restricción de la capacidad legal del paciente» (Artículo 9) y que la autoridad que decide el ingreso debe velar, si es necesario «a que sean tomadas las medidas adecuadas para proteger los intereses materiales del paciente». Finalmente, se dice (Artículo 7) que un paciente no debe ser transferido de un establecimiento a otro «salvo si su interés terapeútico y, en la medida de lo posible, sus deseos son tomados en consideración».

En otra Recomendación, el Consejo de Europa [40] declara que (Artículo 2) los médicos, «cuando determinan que una persona padece un trastorno mental y necesita ser ingresada, deben de hacerlo de acuerdo con la ciencia médica». Un paciente pueder ser ingresado en un establecimiento sólo cuando (Artículo 3) por su trastorno mental y «en ausencia de otro medio de proporcionarle el tratamiento adecuado, representa un grave peligro para él o para otras personas. La decisión de ingreso debe ser tomada (artículo 4)» por la autoridad competente establecida por la Ley. Sin embargo, en el caso de una urgencia, un paciente puede ser ingresado en un establecimiento siguiendo la decisión de un médico quien ha de informar inmediatamente a la autoridad competente que deberá tomar una decisión. Cuando la decisión de un ingreso es tomada por una persona o por un cuerpo no legal, este cuerpo o esta persona deben ser diferentes de la que originariamente solicita el ingreso. El paciente debe inmediatamente ser informado de sus derechos y debe tener el derecho a apelar, y el tribunal debe decidir siguiendo un procedimiento simple y rápido. Además, una autoridad competente puede «designar una persona cuyo papel sería el de ayudar al paciente a decidir si quiere o no apelar».

Cuando la decisión es tomada por una autoridad legal o cuando se hace una apelación ante una autoridad legal contra la decisión de ingreso dictada por un cuerpo administrativo, «el paciente debe ser informado de sus derechos y debe tener la oportunidad real de ser escuchado personalmente por un juez» a menos que el juez, por consideración por el estado de salud del paciente, decida oírla unicamente a través de un representante.

3.3.3. Otras organizaciones

Las propuestas del Informe Daes [21] despertaron gran inquietud entre muchos miembros de la Asociación Mundial de Psiquiatría que lo consideraron un un documento «antipsiquiátrico». La inquietud de la Asociación Mundial de Psiquiatría fue compartida por otras Organizaciones No Gubernamentales y se presentaron propuestas de modificaciones de varios artículos de la versión final del Informe Daes.

En la Declaración de Hawai de la Asociación Mundial de Psiquiatría ( ) se establece que el psiquiatra debe crear «una relación terapeútica fundada en el mutuo acuerdo», aunque en el caso de que esto no sea posible «se debería contactar con un pariente o con otra persona cercana al paciente». En cuanto dejen de existir las condiciones para el tratamiento involuntario, el psiquiatra debe liberar al paciente de la naturaleza forzosa del tratamiento y si se requiere de la prolongación de una terapia, debe obtener el consentimiento voluntario. El psiquiatra debe informar al paciente y/o a los parientes o personas cercanas, de la existencia de mecanismos de apelación al internamiento y de otros derechos. Cuando se establezca una relación con un supuesto paciente por otros motivos que los terapeúticos, como por ejemplo en psiquiatría forense, la naturaleza de la relación ha de ser ciudadosamente explicada a la persona concernida.

La Declaración de la Asociación Mundial de Psiquiatría en Viena, 1983, dice que las legislaciones estatales deben proporcionar directrices respecto a qué tipo de personas están autorizadas a indicar un ingreso no voluntario, y qué instancia está autorizada a ejercer la fuerza física que puede ser necesaria para la ejecución de la intervención no voluntaria. La decisión final de ingresar o retener a un paciente sólo será tomada por un órgano competente prescrito por la ley. Los pacientes deben ser plenamente infor-

mados de su tratamiento y de sus derechos. Tienen el derecho de Audiencia y Defensa personal ante el Órgano competente. La necesidad de privación de libertad deberá ser revisada a intervalos regulares y fijos como lo prescribe la legislación nacional. Los pacientes privados de libertad, tendrán el derecho a tener un consejero o un tutor cualificado que proteja sus intereses. La intervención no voluntaria es una invasión importante de los derechos humanos y de la libertad fundamental de un paciente. Para dicha intervención, se requieren, por lo tanto, criterios específicos y cuidadosamente definidos. La hospitalización o el tratamiento en contra de la voluntad de un paciente no se debería llevar a cabo a no ser que el paciente padezca una enfermedad mental grave. La intervención no voluntaria debe de hacerse con arreglo al principio menos restrictivo. Los pacientes privados de libertad siguen teniendo el derecho a comunicar libremente, tan sólo limitado en lo estrictamente necesario para los intereses de la salud o de la seguridad de ellos mismos o de los demás.

3.3.4. Comentarios

El problema más importante en cuanto a la defensa de la libertad de los pacientes es el de la hospitalización no voluntaria [33,34,35,36]. La ley 180 promulgada en Italia en 1978 ha sido considerada la más «progresista» en esta cuestión. Ordenó la desinstitucionalización de los pacientes mentales, y decretó que el tratamiento no voluntario de la enfermedad mental sólo es posible cuando existe una necesidad urgente de intervención terapeútica, cuando esta intervención no es aceptada por el paciente y cuando un tratamiento ambulatorio no es posible. Cuando se requiere de una hospitalización, debe hacerse en un hospital general. Las repercusiones indeseables de la ley fueron ampliamente criticadas por políticos, administradores, personal de asistencia sanitaria, y algunos ciudadanos, en el sentido de que los pacientes eran abandonados en la comunidad sin protección adecuada. Algunas familias de pacientes mentales incluso formaron asociaciones para modificar la ley con la intención de reabrir hospitales psiquiátricos. El resultado final no fue satisfactorio. Algunas personas incluso querían que la ley fuera revocada, aunque otras afirmaron que el problema residía, por el contrario, en el hecho de que no se había aplicado de forma suficiente.

El Dr. Balestrieri, que era Presidente de la Sociedad Italiana de Psiquiatría, argumentaba (1980) [39] «„„La ley dice que existen enfermedades mentales, que pueden ser tratadas de la mejor manera posible, permitiendo que la persona permanezca en su entorno, que ciertos pacientes no son conscientes de su necesidad de ser tratados y que pueden ser obligados a ser tratados conforme a ciertas reglas. Este concepto resuelve también el problema de la peligrosidad utilizada en todas las leyes como causa de hospitalización no-voluntaria. Una persona que es peligrosa y está enferma, puede ser hospitalizada incluso si no lo quiere, a causa de su enfermedad. De una persona que no padece enfermedad se ocupan la judicatura y la policía». No es cierto que la ley haya abolido **ipso facto** los hospitales psiquiátricos porque aún pueden guardar a aquellas personas que están hospitalizadas o lo han estado en algún momento en el pasado. La propuesta es vaciarlos de forma progresiva, evitando nuevos casos. Hogares y diferentes terapias comunitarias han sido organizados para mantener el mínimo de pacientes crónicos posible en el hospital. b) no es cierto que la ley haya enviado pacientes mentales a otros servicios médicos. Esto ha ocurrido debido a las restricciones temporales en adaptar los hospitales a la nueva ley, pero ya no es cierto. La ley no ha declarado «curadas» a personas que no estaban sanas. No es cierto que haya barreras burocráticas enormes para la admisión. Tan sólo es una cuestión de conocer la ley y de aplicarla..

Durante las últi
y restringida en la
paradójicos produc
cias indeseables de
de un aumento par
ley de 1990, cuya i
informado de los n
cados (los criterios
poder entender est

La decisión de
cas. Tomando com
rosos debates y en
voluntaria de men
explica en parte p
también porque los
de posible perjuici
en la asistencia a u
perjuicios físicos o

Resulta necesa
peligrosidad no es
hecho, la violencia
talidad del públicio
mente se han den
peligrosos pero qu
pacientes que de fo
Existen, en especia
dicción del riesgo:
paciente predice ac
vadora en estos ca
cuencia, evitar un
que resulta compre
la presión sobre el

La elección de
sión. En lo que se
den presentarse pl
impedirlo. En lo q
enfermeros en nue
reducir a pacientes
como consecuenci

Un entusiasmo
ro puede llevar a

Durante las últimas tres décadas, la hospitalización no voluntaria ha sido seriamente regulada y restringida en la mayoría de los países [38]. Sin embargo, se debe prestar atención a ciertos efectos paradójicos producidos por estas medidas ya que se ha observado, en algunos países, consecuencias indeseables después de la adopción de estas leyes. Por ejemplo, Lecompte (1995) [42] informa de un aumento paradójico de los ingresos no voluntarios en Bélgica después de la revisión de la ley de 1990, cuya intención inicial era hacer disminuir los internamientos; y con Busino [43], hemos informado de los mismos hallazgos en Ginebra. La relativa importanca de varios factores implicados (los criterios de enfermedad mental y de la peligrosidad etc.) debería tenerse en cuenta para poder entender estos sesgos.

La decisión de hospitalizar o no a un paciente psiquiátrico puede tener consecuencias trágicas. Tomando como ejemplo a América del Norte, donde esta cuestión ha ocasionado edad numerosos debates y en el que, como veremos, se han criticado aspectos como la hospitalización no voluntaria de menores, los litigios por hospitalización innecesaria son excepcionales. Ello se explica en parte porque los psiquiatras observan escrupulosamente las regulaciones legales y también porque los jueces en todo el mundo tienen la tendencia a ser conservadores en los casos de posible perjuicio a un tercero. Los pleitos se basan principalmente en hipotéticas negligencias en la asistencia a un paciente que han podido ser perjudiciales para el paciente (suicidio, daños y perjuicios físicos o morales) o para un tercero (agresión, homicidio, etc.).

Resulta necesario subrayar el hecho de que, en relación con lo que precede, el concepto de peligrosidad no es clínico y tan sólo tiene una relación indirecta con la enfermedad mental. De hecho, la violencia es estadísticamente menos frecuente en los enfermos mentales, mas en la mentalidad del públicio y de los profesionales se producen errores de apreciación que epidemiológicamente se han denominado «falsos positivos», es decir, la existencia de pacientes considerados peligrosos pero que nunca actuan de forma agresiva. A la inversa, los «falsos negativos», los pacientes que de forma inesperada cometen una agresión o un suicidio, son relativamente escasos. Existen, en especial, dos grandes principios que pueden servir de guía a los clínicos para la predicción del riesgo: ante todo, el hecho de que la existencia de antecedentes de violencia en un paciente predice actitudes violentas en el futuro, lo que suele condicionar una actitud más conservadora en estos casos; en segundo lugar, el hecho de que ingresar a un paciente puede, con frecuencia, evitar un daño. Sin embargo, los pacientes y sus familias tienen la tendencia a insistir, (lo que resulta comprensible), en obtener la alternativa terapeútica menos restrictiva, lo cual aumenta la presión sobre el profesional para que trate al enfermo mental en un contexto ambulatorio.

La elección de opciones terapéuticas menos restrictivas aumenta el riesgo de suicidio y agresión. En lo que se refiere al suicidio, se debería señalar que los psiquiatras (contra quienes pueden presentarse pleitos de negligencia cuando ocurre una agresión) están indefensos a la hora de impedirlo. En lo que respecta a impedir la agresión, se debe señalar que los cuidadores y los enfermeros en nuestros servicios han sido repetidamente atacados físicamente cuando intentaban reducir a pacientes agitados. No resulta excepcional que se presenten quejas contra ellos cuando, como consecuencia de este trabajo peligroso y a menudo difícil, un paciente sufre un daño.

Un entusiasmo excesivo a la hora de impedir un suicidio o un perjuicio causado a un tercero puede llevar a la utilización de ciertas medidas de protección (habitaciones de aislamiento,

hospitalización excesivamente prolongada, etc.) que, a la larga, representan una pérdida de libertad para el paciente. Un enfasis excesivo en los derechos del paciente a oponerse al tratamiento con cierta medicación puede conducir a la utilización de medidas de control, tales como la camisa de fuerza la cual, abolida de la mayoría de los paises civilizados, ha vuelto a hacer su aparición de forma paradójica, por esta razón, en ciertos hospitales psiquiátricos en los Estados Unidos.

3.4. Diagnóstico

3.4.1. Los «Principios» de las Naciones Unidas

Los Principios de las Naciones Unidas [30] *manifiestan que el diagnóstico de enfermedad mental debe hacerse «de acuerdo con los criterios médicos internacionalmente aceptados» y nunca « en base a un estatus político, económico o social, o a la pertenencia a un (...) grupo, o cualquier otra razón no directamente pertinente». Subraya que «la no conformidad (...) no será nunca un factor determinante a la hora de diagnósticar» y que (...) un tratamiento pasado (...) no (...) justificará (...) una determinación futura. Además, no se debe diagnosticar «que una persona padece una enfermedad mental excepto por propósitos directamente relacionados con la enfermedad mental».*

3.4.2. Otras Organizaciones

La Asociación Mundial de Psiquiatría, en Viena, en 1983 [19], *estableció que el diagnóstico indicando que una persona está mentalmente enferma debe ser hecho de acuerdo con los criterios médicos aceptados internacionalmente. La gravedad de la enfermedad mental y la gravedad del daño que el paciente puede causarse a él mismo o a terceros deberá poder evaluarse con criterios definidos por la legislación estatal. La dificultad en adapatarse a valores morales, sociales, políticos u otros, no debe considerarse en sí una enfermedad mental.*

3.4.3. Comentarios

Aunque la crítica del furor «etiquetador» en Psiquiatría ha tenido indudables efectos beneficiosos para los pacientes mentales, contribuyendo a su desestigmatización, lo cierto es que, por otra parte un excesivo celo por evitar y desacreditar los diagnósticos y las clasificaciones por parte de algunos grupos puede tener consecuencias negativas. En efecto la Psiquiatría biológica, que ha avanzado en forma notable en los últimos años, necesita de esos agrupamientos, a veces arbitrarios, pero que permiten tratamientos cada vez más específicos

3.5. Tratamiento

3.5.1. En los «Principios» de las Naciones Unidas

Los Principios de las Naciones Unidas [30], *establecen (Principio 10) que la medicación «debe ser utilizada tan sólo con finalidad terapeútica o diagnóstica»,que los tratamientos deben ser de eficacia conocida o demostrada y que las «prescripciones deben ser anotadas en los historiales del paciente». No se debe dar un tratamiento a un paciente sin su consentimiento informado (Principio 11), obtenido libremente (...). Un*

paciente puede solicita
debería nunca ser ind
paciente un plan de tra
fechas: que el represen
miante para prevenir u
de intentar a toda cost
pacientes, con indicaci
de rechazar o interrum

La contención físic
cunstancias excepcion
mental. Una intervenc
sólo se practicará si el

3.5.2. Document

El Consejo de Eur
la ciencia médica o q
la personalidad de u
paciente, después de s
der la naturaleza del
pendiente competente
hubiera. «Los ensayos
trastorno mental, obje
clínicos con finalidad
nacional».

El Consejo de E
cia por encima de la
zación de ciertas ter
lidad.

3.5.3. Otras O

La Asamblea de l
pica es un fenómeno
no punitiva, no mora
de medicinas». Los
vando la indicación
cotrópica se base en
so.

Diversas asociac
minan) han promovia
expresar sus deseos
procedimientos o me
laciones de diferente

paciente puede solicitar la presencia de una persona de su confianza para otorgar el consentimiento y no debería nunca ser inducido a renunciar al derecho al consentimiento informado. Sólo se puede dar a un paciente un plan de tratamiento propuesto sin su consentimiento informado si ciertas condiciones son satisfechas: que el representante personal consienta en nombre del paciente, que sea necesario de modo apremiante para prevenir un daño inminente para el paciente o para otras personas. En cualquier caso, se debe de intentar a toda costa informar al paciente y la decisión debe ser anotada en las historias clínicas de los pacientes, con indicación de si es voluntaria o no voluntaria. En cualquier caso el paciente tiene el derecho de rechazar o interrumpir el tratamiento en cualquier momento.

La contención física o el aislamiento no voluntario de un paciente no deben ser empleados salvo circunstancias excepcionales. La esterilización nunca se llevará a cabo como tratamiento de la enfermedad mental. Una intervención quirúrgica sólo se realizará si lo permite la legislación local. La Psicocirugía sólo se practicará si el paciente ha dado su consentimiento informado.

3.5.2. Documentos del Consejo de Europa

El Consejo de Europa estipula que [44] que un tratamiento todavía no recomendado habitualmente por la ciencia médica o que presenta un grave riesgo de daño cerebral irreversible o de alteración adversa de la personalidad de un paciente «sólo se podrá aplicar si el médico lo considera indispensable y si el paciente, después de ser informado, da su consentimiento explícito». Si el paciente no es capaz de comprender la naturaleza del tratamiento, el médico debe someter la decisión de la cuestión a una autoridad independiente competente prescrita por la legislación, quién consultará al representante legal del paciente si lo hubiera. «Los ensayos clínicos de productos y terapias sin objetivo terapéutico en pacientes que padecen un trastorno mental, objeto de ingreso involuntario, deben ser prohibidos». La posibilidad de realizar ensayos clínicos con finalidad terapeútica psiquiátrica es una cuestión que ha de ser «estipulada por la legislación nacional».

El Consejo de Europa [45] hace hincapié en los elementos humanitarios y la calidad de la asistencia por encima de la tecnología sofisticada, y considera dentro de este contexto el control de la utilización de ciertas terapias que pueden ocasionar daño cerebral irreversible o cambios en la personalidad.

3.5.3. Otras Organizaciones

La Asamblea de la Asociación Mundial de Médicos[17] dice que «la utilización de medicación psicotrópica es un fenómeno social complejo» que requiere de «intensa educación pública, presentada de manera no punitiva, no moralizante, y del desarrollo y la demostración de alternativas prácticas a la utilización de medicinas». Los médicos deberían recetar medicación psicotrópica con la mayor moderación y observando la indicación médica más estricta posible, garantizando que toda prescripción de medicación psicotrópica se base en un diagnóstico preciso, debido a los peligros potenciales de mala utilización y abuso.

Diversas asociaciones de pacientes y «víctimas de la psiquiatría» (como algunos de ellos se autodenominan) han promovido la elaboración de «testamentos biológicos» mediante los cuales las personas pueden expresar sus deseos respecto a la forma en que quieren ser tratados, incluyendo el rechazo a determinados procedimientos o medicaciones,. El valor legal que se otorga a estos documentos varía mucho en las legislaciones de diferentes paises.

3.5.4. Comentarios

Con la aceptación generalizada en las últimas décadas de la existencia real de las enfermedades mentales, la defensa de los pacientes se alejó, como hemos comentado más arriba, de los intentos anteriores de negar la locura y tomó más bien la forma de la afirmación del derecho del enfermo a rechazar el tratamiento.

La polémica en este punto se basa en la cuestión de si se puede imponer un tratamiento a una persona que no lo desea, cuando no peligra su salud [41]. En psiquiatría, el argumento principal a favor se basaba tradicionalmente en el riesgo de auto o de heteroagresión. Las tendencias recientes piden que un ingreso o un tratamiento no voluntarios sean justificados por otros motivos que la peligrosidad. Deben de existir dos condiciones: a) que no sólo esté en riesgo la salud del paciente, sino que su enfermedad suponga un riesgo para otros y b) que las medidas terapeúticas adoptadas sean beneficiosas desde un punto de vista terapeútico para la persona que las recibe. El problema con la primera condición es que la capacidad intelectual del paciente mental puede estar trastornada y por esta razón, su consentimiento puede ser sustituido por una intervención judicial. Por otro lado, a veces el trastorno mental puede conducir a una negligencia de las funciones vitales o a la auto-destrucción. En cualquier caso, una conducta singular o cierta excentricidad no deben ser consideradas como justificación de un tratamiento no-voluntario. A la inversa, la violencia no es privativa del paciente mental, pero a veces los pacientes mentales son peligrosos. El tratamiento psiquiátrico no voluntario puede a veces ser empleado cuando se ha demostrado que una persona lo necesita (a causa de conductas que han puesto en peligro a otras personas o a las propiedaedes de éstas) y cuando se considera que, si no es tratada, la persona será susceptible de una posible interpretación criminal de sus actos. Los pacientes, según esta visión, deben, pues, ser tratados por «su propio bien».

Sin embargo, como consecuencia de la leyes que se han ido desarrollando en los países avanzados en este sentido, muchos profesionales (principalmente psiquiatras y enfermeros pasiquiátricos) han sido denunciados en los juzgados a causa de incidentes ocurridos durante el tratamiento de algunos pacientes. Es evidente que estos profesionales deben ser considerados responsables de las consecuencias de sus actos como lo sería cualquier otro ciudadano. Sin embargo, resulta importante recordar que el número cada vez mayor de demandas por negligencia contra profesionales de la salud en ciertos países desarrollados ha motivado que se adopte una «posición defensiva» en la práctica clínica, cuyas consecuencias pueden ser negativas para el paciente. En efecto, debido a esa «medicina defensiva», los profesionales han desarrollado la tendencia, por una parte, asolicitar antes de actuar demasiadas exploraciones complementarias que pueden producir molestias y daños y que aumentan los gastos sanitarios; y por otra parte, los médicos tienden a descartar ciertos tipos de tratamiento eficaces debido a que conllevan riesgos potenciales que podrían haceles objeto de litigios. Los médicos acaban viendo a sus pacientes como adversarios contra los cuales es conveniente tomar medidas. Por su lado, los pacientes pueden temer que el médico está invirtiendo más tiempo en autoprotegerse que en defender sus intereses.

Los pacientes psiquiátricos en los países occidentales, que en el pasado han estado legalmente poco protegidos, pueden actualmente contar con leyes específicas para proteger sus derechos de forma eficaz, aunque la ejecución de estas leyes no siempre haya sido adecuada. Los psiquiatras

se ven, en cambio, expuestos a ataques por errores hipotéticos en el diagnóstico (no haber detectado tendencias suicidarias u homicidas en un paciente, la existencia de una enfermedad médica subyacente, o la posibilidad de efectos secundarios) y por posible negligencia (tratamiento excesivo, insuficiente o erróneo).

Una aplicación demasiado estricta de la legislación que protege los derechos de los pacientes (rechazo del tratamiento, obtención del tratamiento menos restrictivo, etc.) puede llevar a un aumento de riesgos para la sociedad, riesgos que debe asumir si desea ser considerada tolerante, moderna y progresista. Con el movimiento de los derechos civiles de los 60 y el tumulto en torno a los derechos del individuo en las sociedades occidentales se insistió en que los pacientes necesitaban ser protegidos de una sociedad represiva. De los 80 en adelante, esta actitud ha ido modificándose hacia peticiones de proteger a la sociedad de la amenaza presumiblemente planteada por pacientes mentales peligrosos. Al intentar conjugar estas tendencias, el profesional se convierte en el centro de presiones paradójicas.

Resulta necesario rectificar la tendencia a hacer de los profesionales los chivos expiatorios de los males de la sociedad. Esto sólo puede traducirse en actitudes defensivas que degradan la relación entre el que provee la asistencia y la persona que la recibe. La piedra angular fundamental de una medicina humana y eficaz está amenazada de extinción: «la alianza terapeútica» entre una persona que sufre y un profesional consciente (como dijo Balint) del hecho de que «los médicos, cuando prescriben, se prescriben a sí mismos».

Por otra parte, una inquietud básica de la Psiquiatría en la Salud Pública es, por supuesto, garantizar la mejor calidad de asistencia psiquiátrica [46]. Pero lo cierto es que la evaluación de los tratamientos psiquiátricos y psicosociales está aún en un estado rudimentario. Sería necesario apoyar los esfuerzos de investigación ya existentes [47,48] orientados a lograr una «psiquiatría basada en la evidencia». La Asociación Americana de Psiquiatría fué la que primero estableció una serie de directrices («guidelines») para el tratamiento psiquiátrico. La Sección sobre la Garantía de Calidad en Psiquiatría de esa Asociación ha hecho un esfuerzo importante en adaptar y generalizar estas y otras directrices. La Asociación Mundial de Psiquiatría en su último Congreso Mundial de Psiquiatría (Hamburgo, Agosto 6-11, 1999) organizó diferentes simposios [49,50] y Talleres [51] al respecto.

3.6. Investigación

3.6.1. En los documentos de las Naciones Unidas

Las Naciones Unidas en dos documentos [52,53] estipulan que no deben realizarse nunca ensayos clínicos y tratamientos experimentales «sin consentimiento informado» y le recomienda una serie de medidas legislativas para garantizar que las ciencias de la vida se desarrollen de forma respectuosa de los derechos humanos.

La O.M.S., por su parte ha publicado un documento regulando la investigación médica en la que están implicados seres humanos y experimentos con sujetos humanos [54].

3.6.2. Las «Recomendaciones» del Consejo de Europa

La Convención de Oviedo dice que (Artículo 4) cualquier intervención en el campo de la salud, incluida la investigación, debe llevarse a cabo de acuerdo con las normas y los compromisos profesionales pertinentes. Una intervención en el campo de la salud sólo puede llevarse a cabo «una vez que la persona concernida ha otorgado su consentimiento libre e informado». Se le dará de antemano información adecuada sobre la naturaleza de la intervención y sobre sus riesgos. La persona concernida puede libremente retirar su consentimiento en cualquier momento. En el caso de una persona que no tiene la capacidad de consentir, debido a una incapacidad mental, una enfermedad o a otras razones similares, una intervención sólo puede llevarse a cabo en su beneficio directo (Artículo 6) con la autorización de su representante o de una autoridad prevista para ello por ley. El individuo concernido, y en la medida de lo posible, tomará parte en el procedimiento de autorización pero; «cuando, a causa de una situación de emergencia, no pueda obtenerse», cualquier intervención médica necesaria puede llevarse a cabo inmediatamente en beneficio de la salud del individuo concernido.

Finalmente, las intervenciones en el genoma humano (Artículo 13) sólo pueden realizarse con fines preventivos, diagnósticos o terapeúticos y sólo si su objetivo no es el de introducir cualquier modificación en el genoma de los descendientes, si los resultados de la investigación tienen el potencial de producir un beneficio directo y real sobre su salud y si una investigación de calidad comparable no puede llevarse a cabo en individuos capaces de dar su consentimiento.

La Convención recomienda que las cuestiones fundamentales planteadas por los desarrollos de la Biología y de la Medicina sean tema de discusión pública a la luz, en particular, de sus implicaciones médicas, sociales, económicas, éticas y legales.

3.6.3. Otras Organizaciones

La Declaración de Hawai [18] de la Asociación Mundial de Psiquiatría dice que se ha de obtener el consentimiento informado antes de presentar un paciente ante una clase de alumnos y, si es posible, también «cuando la historia de un caso se divulga en una publicación científica, para lo que deben tomarse todas las medidas razonables para preservar la dignidad y el anonimato del paciente y para salvaguardar la reputación personal del sujeto». La participación del paciente debe ser voluntaria, después de que se le haya dado una «información completa de la finalidad, de los procedimientos, de los riesgos y de los inconvenientes de un proyecto de investigación y siempre debe de haber una relación razonable entre riesgos calculados o inconvenientes y el beneficio del estudio». En la investigación clínica cada sujeto debe conservar y ejercer todos sus derechos como paciente. Para los niños y los demás pacientes que no pueden dar ellos mismos un consentimiento informado, éste deberá obtenerse del responsable legal. «Cualquier paciente o sujeto de investigación es libre de retirarse por cualquier razón en cualquier momento de cualquier tratamiento voluntario y de cualquier programa de investigación o de educación en el que participa». Este abandono, así como cualquier negativa a entrar en un programa, no debe nunca influir en los esfuerzos del psiquiatra para ayudar al paciente o sujeto. Los ensayos clínicos y los tratamientos experimentales no se llevarán nunca a cabo en pacientes no voluntarios hospitalizados.

Por otra parte, varios países han desarrollado una serie de discusiones y recomendaciones relativas a los documentos internacionales anteriormente mencionados.

3.6.4. Comentarios

Quizás sea el de la investigación el capítulo en el que más progresos se han realizado en cuanto a los derechos de los pacientes psiquiátricos en los países avanzados durante las últimas déca-

das. Las legislaci
mencionadas, se l
ción) y hoy es po
veces, se ven abus
miento informado

3.7. Documen

3.7.1. Los Do

El Principio 2 d
ción de los derech
representante legal

Los Documento
precisas respecto
Convención sobre l
tal, necesita asisten
tenga acceso a la i
salud mental y físic
todas las formas de
talmente debe goza
de su salud mental
dad, de los talentos
además que el men
desarrollo físico, m

En el mismo se
los derechos y la s
jóvenes detenidos,
mental conocidos,
Salud Mental. En t
titución especializa
los organismos ad
Mental después de

3.7.2. Otras

La Asociación
miento completo d
siendo un reto par
en la identificación
con un equipo mul
adultos y de niños
está siendo objeto
desarrollo.

das. Las legislaciones de la mayoría de los países han tenido en cuenta las Recomendaciones mencionadas, se han instituido comisiones de ética (a menudo fusionadas con las de investigación) y hoy es poco frecuente encontrar transgresiones flagrantes en este campo. Sin embargo, a veces, se ven abusos larvados, como información inadecuada, vicios en la obtención del consentimiento informado etc.

3.7. Documentos relativos a niños y adolescentes

3.7.1. Los Documentos de las Naciones Unidas

El Principio 2 de los arriba mencionados «Principios» de los las Naciones Unidas [30] alude a la protección de los derechos de los menores, incluyendo si ello se revelase necesario, el nombramiento de «un representante legal que no sea un miembro de la familia».

Los Documentos relativos a los niños y a los adolescentes contienen clarificaciones más largas y más precisas respecto de cuestiones de salud mental que otros documentos. Así, en el Preámbulo de la Convención sobre los Derechos del Niño [55] se subraya que «el niño, a causa de su inmadurez física y mental, necesita asistencia y garantías especiales» y el Artículo 17 estipula que debe garantizarse que «el niño tenga acceso a la información (...) tendente a la promoción de su bienestar social, espiritual y moral y a su salud mental y física». El Artículo 19 menciona que «deberían tomarse medidas para proteger al niño de todas las formas de violencia mental o física» y el Artículo 23 dice que «el niño incapacitado física o mentalmente debe gozar de una vida decente y plena», El artículo 25 añade que tiene derecho al «tratamiento de su salud mental o física» y el Artículo 29 reconoce el derecho de todo niño al desarrollo de su personalidad, de los talentos y de las habilidades físicas y mentales hasta su pleno potencial. El artículo 32 estipula además que el menor no debe desarrollar trabajos que pudieran ser perjudiciales para su salud o para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social.

En el mismo sentido las Naciones Unidas [56] establecen que el Sistema Judicial Juvenil debería defender los derechos y la seguridad de los jóvenes y promover su bienestar físico y mental. Y que allí donde haya jóvenes detenidos, debería guardarse un registro completo y seguro «de los problemas de salud física y mental conocidos, incluyendo el abuso de drogas y de alcohol» y que la Asistencia Médica debe incluir la Salud Mental. En tales casos, «un joven que padece una enfermedad mental debería ser tratado en una institución especializada bajo gestión médica independiente. Deberían tomarse las medidas, de acuerdo con los organismos adecuados, para garantizar cualquier continuación necesaria de la asistencia en Salud Mental después del alta».

3.7.2. Otras Organizaciones

La Asociación Mundial de Médicos [16] declara que la prevención, la identificación termprana y el tratamiento completo de las víctimas infantiles de abuso (incluidos el abuso físico, sexual y emocional) sigue siendo un reto para la comunidad médica internacional. Los médicos deben obtener una formación especial en la identificación de abusos de niños. Se recomienda que los médicos puedan contar con una conexión con un equipo multidisciplinario experimentado, que incluya médicos, trabajadores sociales, psiquiatras de adultos y de niños, especialistas del desarrollo, psicólogos y abogados. Cuando se sospecha que un niño está siendo objeto de abuso, es necesaria una rápida evaluación de los problemas físicos, emocionales y de desarrollo.

3.7.3. Comentarios

Beth E. Molnar [57] examina el sistema de la institucionalización psiquiátrica de menores en los Estados Unidos (donde un cuarto de millón de jovenes son ingresados para un tratamiento psiquiátrico) utilizando como marco la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño (CRC) [56], y muestra la existencia de violaciones frecuentes de esos derechos. Molnar Informa de que ciertas empresas privadas que ofrecen atención psiquiátrica a jóvenes y adolescentes en los Estados Unidos han hospitalizado innecesariamente a miles de pacientes y están presionando a los psiquiatras para que alteren los diagnósticos con la finalidad de aumentar sus beneficios. Un estudio realizado en 1992 en las Instituciones para menores de Texas llega a la conclusión de que el 33% de los ingresos eran innecesarios desde un punto de vista médico. En otro 31% de los casos las estancias duraban más de lo necesario. Señala Molnar que para los padres resulta más aceptable socialmente que sus hijos sean etiquetados de trastorno psiquiátrico que que se les considere como simples «delincuentes». Existen además conflictos en cuanto a la no aceptación por parte de los padres de estilos de vida (homosexualidad principalmente) de sus hijos. La investigación mencionada descubrió otros abusos como privación de sueño, contención física, y otras prácticas inaceptables practicadas, a veces durante períodos muy largos. Los pacientes jóvenes que informan haber sido objeto de abusos suelen ver cuestionada su credibilidad porque están doblemente privados de sus derechos civiles (en primer lugar, porque son niños, y en segundo lugar porque están diagnosticados de trastorno mental). Por ello, los abusos denunciados son rara vez investigados a fondo.

Aunque no existen cifras adecuadas, abusos semejantes se realizan en todo el mundo lo que supone un atentado grave a los derechos humanos porque el impacto emocional de estas prácticas es imponderable.

3.8. Delincuentes con trastornos psiquiátricos

3.8.1. Los Principios de las Naciones Unidas

Los Principios de las Naciones Unidas establecen (Principio 20) que se debe proporcionar a los delincuentes diagnosticados de enfermedad mental la mejor asistencia en salud mental disponible.

3.8.2. Las «recomendaciones» del Consejo de Europa

El Consejo de Europa [58] recomienda la creación un grupo de trabajo compuesto por «expertos gubernamentales y criminólogos para redefinir la locura y la anormalidad mental y para reevaluar las implicaciones de esto en la legislación civil y criminal, teniendo en cuenta los últimos hallazgos en Psicología y Psiquiatría, y la experiencia en este campo de los estados miembros del Consejo de Europa». Todo ello con la finalidad de revisar la legislación y las reglas administrativas sobre la reclusión de los enfermos mentales. Redefinen algunos conceptos básicos tales como el de «peligrosidad», reduciendo al mínimo la práctica de la detención obligatoria por un «período indeterminado», interrumpiendo la práctica de censurar la correspondencia, colocando bajo la jurisdicción de las autoridades médicas todos aquellos que han sido declarados por los tribunales «locos» en el momento de cometer un crimen o en el momento del juicio, y estableciendo procedimientos para tramitar recursos contra medidas de detención.

3.8.3. Otras Org

La Declaración de
que establece se aplica
dos en un establecimien

3.8.4. Comentari

No en todos los
la imputabilidad de
varios pacientes me
una madre psicótica

La situación de
nas ha sido denunci
cían una enfermeda
americanos están en

Los enfermos q
hallan hospitalizad
ciones de mantener
enfermos. Por el co
a la espera de juicio
ses se han creado p

3.9. Condicion

3.9. 1. Los Pri

Los Principios d
los pacientes psiqui
tar con personal cu
guna circunstancia

3.9.2. Las «R

La Comisión de
ción de servicios p

La 29 sesión o
tomar medidas pa
nes laborales y de
sindicatos interna
que les sea aplica
miembros, «desar
cios sociales y de

3.8.3. Otras Organizaciones

La Declaración de la Asociación Mundial de Psiquiatría en Viena en 1983 subraya que los principios que establece se aplicarán en la forma más amplia posible a los delincuentes enfermos mentales, ingresados en un establecimiento de salud mental

3.8.4. Comentario

No en todos los paises se defiende suficientemente, a nuestro modo de ver, la disminución de la imputabilidad de los enfemos mentales. Por ejemplo, en 1999, en los USA se ha ajusticiado a varios pacientes mentales crónicos y un tribunal francés ha condenado a varios años de cárcel a una madre psicótica que estranguló a su hija de 6 años.

La situación de los pacientes mentales que pueblan algunas prisiones como las norteamericanas ha sido denunciado por instituciones como la Fundación Bazelon: 670.000 personas que padecían una enfermedad mental fueron encarceladas en 1996. El 40% de todos los enfermos mentales americanos están encarcelados representando entre el 10% y el 30% de todos los prisioneros.

Los enfermos que, de acuerdo con el artículo 43 de la legislación del Cantón de Ginebra, se hallan hospitalizados, junto a los demás pacientes, pueden fugarse con facilidad debido a las instrucciones de mantener las puertas de los pabellones abiertas y son mirados con temor por los demás enfermos. Por el cotrario, en la Unidad Penitenciaria del Hospital Civil de Bilbao muchos pacientes, a la espera de juicio, permanecían aislados en sus habitaciones, a veces durante meses. En pocos países se han creado para este tipo de pacientes alternativas válidas a la prisión o al manicomio.

3.9. Condiciones que deben reunir los establecimientos de salud mental

3.9. 1. Los Principios de las Naciones Unidas

Los Principios de las Naciones Unidas [30] *señalan que (Principio 13), el entorno en el que son tratados los pacientes psiquiátricos debe «estar lo más cerca posible del entorno cotidiano. Los centros deben contar con personal cualificado, un programa de tratamiento completo y activo y material adecuado». En ninguna circunstancia será un paciente sujeto a explotación en su trabajo.*

3.9.2. Las «Recomendaciones» del Consejo de Europa

La Comisión de Ministros del Consejo de Europa en 1976 adoptó ya una resolución sobre la organización de servicios preventivos en salud mental [59].

La 29 sesión ordinaria de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa [58] *advierte que hay que tomar medidas para «estimular y armonizar, dentro del Consejo de Europa, estudios sobre las condiciones laborales y de formación del personal asistencial en el campo psiquiátrico», en asociación con los sindicatos internacionales que representan a este personal, con vistas a preparar un acuerdo Europeo que les sea aplicable, y, vista la escasez de personal profesional cualificado en la mayoría de los paises miembros, «desarrollar las habilidades y los conocimientos psiquiátricos de los miembros de otros servicios sociales y de salud pública, creando así equipos basados en la comunidad que trabajan en estrecha*

colaboración con los profesionales; animar a las autoridades locales y a las comunidades a implicarse más en la rehabilitación socio-profesional de los ex-pacientes, creando programas de colocación selectiva, talleres y alojamiento; y en particular, creando programas de información cuyo objetivo sea la «modificación de las actitudes negativas hacia aquéllos que son, o que fueron, enfermos mentales para garantizar que los registros de los ex-pacientes que permanecen en las instituciones psiquiátricas, o cualquier otra documentación sobre su caso, sea considerada secreto profesional médico estricto y no pueda ser utilizado de manera a constituir un expediente de handicap para ex-pacientes que empiezan un nuevo trabajo».

3.9.3. Otras Organizaciones

La Declaración de la Asociación Mundial de Psiquiatría en Viena19 1983 se adhiere a los principios generales esbozados en la Declaración de Hawai [18], *que especifican claramente los requisitos de las normas éticas de la profesión psiquiátrica. La legislación sanitaria proveerá tratamiento eficaz y adecuado para todos los pacientes, incluidos los pacientes psiquiátricos, y garantizará su derecho a tratamiento de nivel aceptable dentro o fuera de instituciones. «Todos los pacientes han de ser tratados y asistidos, en la medida de lo posible, en la comunidad en la que viven».*

3.9.4. Comentario

El movimiento de desinstitucionalización ha mejorado, en general, de forma notable la situación de los paciente psiquiátricos en el mundo occidental, pero, obviamente, se han creado problemas paradójicos allí donde no se prepararon alternativas comunitarias. Muchos pacientes pasaron a una comunidad hostil que no les acogió tan amigablemente como se esperaba y debieron vivir en condiciones de salud (física y mental), habitación y nutrición más precarias que las que tenían en el hospital. Las prisiones de algunos paises se han poblado de pacientes desinstitucionalizados. La política de «entrada libre-salida libre» y de «puertas abiertas» preconizada por la legislación del Cantón de Ginebra, por ejemplo, ha dado lugar a fugas constantes e incontrolables de pacientes (incluso algunos peligrosos) ante la estupefacción de la población y el agobio de los profesionales, etc.

3.10. Información y Confidencialidad

3.10.1. Los Principios de las Naciones Unidas

Los Principios de las Naciones Unidas dicen que el paciente puede deducir y requerir en cualquier audiencia un informe independiente de su salud mental. Se han de dar al paciente copias de su historia clínica, aunque (Principio 19) con algunas restricciones. Cualquier comentario escrito por el paciente o por el consejero o representante personal del paciente deberá, si así lo es requerido, ser insertado en el informe del paciente.

3.10.2. Otras Organizaciones

La Declaración de Hawai [18] *de la Asociación Mundial de Psiquiatría establece que todo lo que el psiquiatra «ha escuchado por boca del paciente, o ha anotado durante el examen o tratamiento, debe ser con-*

fidencial a menos q
evitar un daño grav

3.10.3. Comer

La confidenci
tes y proveedore
disposiciones m
informática en lo
da de los gastos
más avanzada se
los pacientes. As
museo sudameri
informe de un a
paciente que pa
seguro privado e
de «ingreso no v
la legislación de
sivas») que hem
a su esposa utili
para disputar la

3.11. Quejas

3.11.1. Quej

Los Principio
formular quejas
tes, con la funció
poder de dar de
debe garantizar
sino que el pacie
En los casos en q
miento.

3.11.2 Evalu

El problema
les plantea, cla
de forma más g
respetan en un
ese respecto, G
los expertos en
sistemática el
impedido el de
Humanos y de

fidencial a menos que el propio paciente libere al psiquiatra de esta obligación», o en el caso de que deba evitar un daño grave para el paciente o para los demás.

3.10.3. Comentario

La confidencialidad forma parte, por supuesto, de las pricipales preocupaciones de pacientes y proveedores de cuidados en salud Mental y la mayoría de los Estados han promulgado disposiciones muy exigentes al respecto. Sin embargo, con la generalización del uso de la informática en los servicios clínicos y administrativos y con la gestión cada vez más controlada de los gastos por parte de los proveedores de Servicio, incluso en los países con legislación más avanzada se producen transgresione de la confidencialidad de consecuencias graves para los pacientes. Así, por ejemplo, en Ginebra, resulta imposible obtener el permiso para que un museo sudamericano pudiera exhibir por solicitud de sus descendientes una copia clínica del informe de un artista fallecido hace varias décadas en nuestros Servicos. En cambio, una paciente que pasó una noche en el hospital voluntariamente, vio denegada su solicitud de seguro privado en una Compañía porque el médico de ésta recibió un informe con la mención de «ingreso no voluntario» procedente de nuestra institucción, emitido (adecuadamente según la legislación del Cantón) por el médico de guardia, en razón de las consideraciones («defensivas») que hemos expuesto en el apartado sobre ingresos no voluntarios. Otro paciente vería a su esposa utilizar en el juicio de divorcio un certificado semejante como argumento (eficaz) para disputar la custodia de los hijos.

3.11. Quejas y Evaluación

3.11.1. Quejas

Los Principios de las Naciones Unidas establecen (Principio 21) «el derecho de los pacientes a formular quejas y a (Principio 22) crear comisiones o tribunales de bienestar mental independientes, con la función de investigar quejas y de intervenir por iniciativa propia en algunos casos, con el poder de dar de alta a pacientes cuando consideran que el confinamiento ya no es necesario . Se debe garantizar que las decisiones judiciales no son tomadas sólo en base a los informes médicos, sino que el paciente mental, al igual que cualquier otra persona, tiene el pleno derecho a ser oído». En los casos en que se denuncia un delito, un abogado puede estar presente durante todo el procedimiento.

3.11.2 Evaluación

El problema de las quejas de los usuarios y de los grupos de apoyo a los pacientes mentales plantea, claro está, el problema de la forma de discernir la existencia o no de abusos y, de forma más general, el de las posiblidades que tenemos hoy de evaluar hasta qué grado se respetan en un país o en una institución los Derechos Humanos de los pacientes mentales. A ese respecto, Gostin y Mann comentan que [60] «la ausencia de un instrumento analítico que los expertos en Salud Pública y en Derechos Humanos puedan aplicar para evaluar de forma sistemática el impacto de las políticas de Salud Pública sobre los Derechos Humanos ha impedido el desarrollo de una acción y de una erudición en los campos de los Derechos Humanos y de la Salud Pública». Proponen un instrumento («Evaluación del impacto sobre

los Derechos Humanos») para ayudar a evaluar los efectos de las políticas de Salud Pública sobre la dignidad y los Derechos Humanos. Los pasos básicos esbozados en este instrumento de evaluación pueden ayudar a desarrollar estrategias eficaces que faciliten el respeto de los Derechos Humanos. El instrumento de evaluación debería también ayudar a las Organizaciones de Derechos Humanos y a los grupos basados en la comunidad a luchar por la incorporación de criterios de Derechos Humanos en las políticas y en el pensamiento de Salud Pública..

El instrumento propuesto incluye una serie de cuestiones designadas a sopesar los beneficios esperados de una acción en salud pública con las posibles violaciones que puede originar respecto a los Derechos Humanos: Evaluar la posible eficacia de la acción; determinar si la acción está bien enfocada; examinar cada actividad para detectar posibles violaciones de Derechos Humanos; determinar si es la alternativa menos restrictiva que puede lograr el objetivo de Salud Pública perseguido; ver si la acción propuesta es realmente la más eficaz, y la menos restrictiva. Los autores subrayan que hay que lograr proponer acciones que garanticen un equilibrio justo entre los Derechos del individuo y los de la Comunidad. Es necesario que las acciones sean lo menos intrusivas y restrictivas posibles.

Sin embargo, la definición de «alternativa menos restrictiva» está abierta a interpretación porque los Gobiernos no han de recomendar tampoco medidas que resulten ineficaces. Sin embargo es necesario que permanezcan vigilantes respecto de las cuestiones de Derechos Humanos implicadas, promoviendo programas elegidos por su eficacia, pero también por su sensibilidad hacia cualquier posible abuso de los derechos, buscando la alternativa menos restrictiva. Debería darse preferencia a servicios y programas que informan y protegen al público, dejando los enfoques más coercitivos para cuando son inevitables. Los autores subrayan que periódicamente surgen campañas exhortando a los políticos a limitar la libertades de los portadores de determinadas enfermedades (entre otras, las mentales), creando intensos conflictos entre la salud pública y los derechos humanos. Una política demasiado coercitiva puede desanimar a las personas en riesgo a la hora de acercarse para ser examinadas, o recibir consejo o tratamiento. Los profesionales pueden entonces perder influencia sobre las personas propensas a transmitir enfermedades, causando en última instancia un mayor riesgo público. Los objetivos de la salud pública y de los derechos humanos deberían estar estrechamente relacionados para favorecer la cooperación y promover conductas socialmente responsables que contribuyan a proteger la salud del público.

4. PARIDAD Y LOCURA

4.1. Causas de desigualdad en la asistencia sanitaria

Los Artículos 1 y 2 de la UDHR dice que todos los hombres nacen iguales en dignidad y derechos y que estos derechos deben ser garantizados para todos. Sin embargo, en Medicina y en Salud Pública, los derechos a la dignidad y a la igualdad pueden ser descuidados o encontrarse protegidos de manera desigual.

En el ámbito clínico se ha estigmatizado a personas con padecimientos tales como enfermedades infecciosas (tuberculosis, o SIDA, por ejemplo) y trastornos psiquiátricos. La estigmatización a su vez desemboca frecuentemente en una dificultad para el acceso al tratamiento adecuado o en ser objeto de intervenciones clínicas inadecuadas o de una institucionalización prolongada injustificada. La discriminación institucionalizada (el «apartheid», la limpieza étnica y el genocidio) tiene consecuencias devastadoras para la Salud Pública. Sin embargo, otros tipos de discriminación menos espectaculares (étnica, religiosa, sexual, política, y socioeconómica), la privación de libertad (en prisioneros, immigrantes, etc.) y el estigma social (pacientes mentales crónicos) dificultan también el acceso a la asistencia médica (y en especial a la psiquiátrica). Todo ello ha llevado a algunos expertos a afirmaciones tales como la realizada por Gro Harlem Brundtland , Directora General de la Organización Mundial de la Salud, quien mantiene que «los principales determinantes de una buena salud residen fuera del ámbito del sistema sanitario e incluyen una información y una educación mejores, y la realización de aquellos derechos que capacitan a las personas para tomar y concretar las decisiones importantes respecto de su bienestar. La pobreza y el subdesarrollo compendian los efectos de la mezcla de una mala salud y de la ausencia de realización de derechos humanos (...); la discriminación en base a factores tales como raza, color, sexo, lengua o religión puede agravar más los efectos adversos de la pobreza y de la mala salud».

En efecto, como dice Simone Veil [61], «los pobres han recibido tradicionalmente un mínimo de asistencia y de tratamiento. Resulta una tragedia observar cómo actualmente organizaciones no gubernamentales tales como Médecins du Monde están siendo requeridas para proporcionar cuidados y asistencia humanitaria a los pobres hasta en en países avanzados como Francia». Añade que «existe una disparidad en el acceso que los pobres tienen a los servicios sanitarios y sociales. Los pacientes sin recursos recibirán tel vez asistencia médica, pero no los suficientes servicios sociales o de beneficiencia ».

Pero, la discriminación 1 «busca con frecuencia una justificación en el determinismo biológico que afirma que etiquetas raciales tales como «negro» y « blanco» clasifican a los seres humanos en grupos de homogeneidad genética que condiciona tanto las habilidades cognitivas como las enfermedades; que la discriminación racial puede descartarse como explicación de disparidades raciales en la salud, los ingresos, el empleo, el éxito educacional o la estructura familiar. El determinismo biológico fomenta ante todo la negación de los efectos de experiencias repetidas de estereotipo racial». Como dice Jonathan Mann 1, otro descuido notorio de los derechos humanos ocurre cuando buscamos chivos expiatorios para los males de la Sociedad: sean los clásicos ejemplos de los parias de la sociedad (homosexuales) o los nuevos candidatos a actuar como los «malos de la película» (estereotipando a los hombres como violadores para promover los derechos de las mujeres, considerando a todos los adultos como potenciales culpables de malos tratos con la disculpa de la defensa de los niños, etc.). Mann escribió que «debemos tener el coraje y la integridad intelectual de rechazar los métodos utilizados por los violadores, pero el prejuicio que manifiestan a veces los defensores de los derechos humanos sigue siendo prejuicio y no es aceptable». En efecto, hay que recordar que, como dice Alleyne, «la esencia de la desigualdad es tratar de igual manera a aquellos que son desiguales».

4.2 Desigualdad en Relación con la Asistencia Psiquiátrica.

4.2.1. Los documentos de las Naciones Unidas

El Principio 7 de las Naciones Unidas [30] *dice que cada paciente «tendrá el derecho a ser tratado (...) en la comunidad», cerca de su casa y que (...) el tratamiento deberá ser «adaptado a sus antecedentes culturales». El Principio 8 establece criterios de asistencia que deben tener «los mismos criterios que otras personas enfermas». El Principio 3 trata del derecho de los pacientes a vivir y trabajar, en la medida de lo posible, en la comunidad (...) El Principio 13 garantiza (...) « el acceso al mismo nivel de recursos que cualquier otro establecimiento sanitario (...) ». El Principio 15 establece que «el acceso a una prestación en Salud Mental será administrado de la misma forma que el acceso a cualquier otra prestación para cualquiera otra enfermedad».*

4.2.2. Documentos Europeos

El Consejo de Europa en sus Recomendaciones [31] *dice que (Art.5) «un paciente bajo ingreso forzoso tiene el derecho a ser tratado en las mismas condiciones éticas y científicas que cualquier persona enferma y en las mismas condiciones ambientales».*

La 29 sesión ordinaria de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa ( ) declara que deben tomarse medidas para reducir la dependencia de grandes instituciones y desarrollar amplios servicios basados en la comunidad «con condiciones que se acercan al entorno habitual de los individuos».

La Convención de Oviedo del Consejo de Europa sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina ( ) habla de «un acceso justo a la asistencia sanitaria» estableciendo que teniéndose en consideración las necesidades sanitarias y los recursos disponibles, deberían tomar medidas adecuadas con vistas a proporcionar, un acceso justo a una asistencia sanitaria de calidad adecuada. También, declara que «cualquier forma de discriminación contra una persona con motivo de su herencia genética está prohibida», y que los tests predictivos de enfermedades genéticas o que sirven, o bien a identificar al sujeto como portador de un gen responsable de una enfermedad, o bien a detectar una predisposición genética o propensión a una enfermedad «sólo pueden llevarse a cabo por motivos de salud o de investigación científica».

4.2.3. Otras Organizaciones

La Asociación Mundial de Psiquiatría [62] *declara que las personas que padecen enfermedad mental disfrutarán de los mismos derechos humanos y libertades fundamentales que los otros ciudadanos. No serán objeto de discriminación con motivo de la enfermedad mental. Especifica claramente la necesidad de criterios éticos para la profesión psiquiátrica. «Los pacientes psiquiátricos deberían ser tratados bajo las mismas condiciones que otros pacientes», lo que resulta posible dado que una gran mayoría de pacientes pueden ser tratados de forma voluntaria en prestaciones ambulatorias sin hospitalización. «No debería existir discriminación contra los pacientes psiquiátricos en tal contexto. Allí donde sea posible, los servicios psiquiátricos deberán ser integrados en el sistema de servicios sociales y sanitarios. Debería apoyarse el tratamiento voluntario, y el acceso a tratamiento voluntario no debería administrarse de forma diferente del acceso al tratamiento de una enfermedad física». Los pacientes, que son ingresados de forma voluntaria en una prestación de salud mental o solicitan asistencia, «deberán ser protegidos por las mismas garantías legales e instrumentos técnicos que los pacientes con otro tipo de enfermedad».*

La Declaración de Hawai se preocupa también por una justa distribución de recursos sanitarios.

La Asociación Ame
de «Managed Care»
(Comisión Internaciona

4.2.4. Comentari

La APA ha pub
Estados Unidos pron
«managed care» abu
se debe permitir a lo
nable para ellos-) fu
Revisión de Utilizaci
(UR) y deberán utiliz
requerirá que los pro
de negación de asiste
excluir la mayoría de
nizaciones de «mana
limitan o niegan la as
evitar que los progra
ren con el pleno desa
g) Acceso a la Asiste
cedimientos bien def
el acceso directo a es
dición médica de un
utilización de contrat
a la limitación de se
Causa: se debería ex
permita inmediatame
terminación y sin p
requerirá que los pro
incluyendo: limitació
dad, etc. k) Confiden
registros médicos de
revelen información
individual. En ese se

En lo referente a
presentados ante la
las compañías de seg
hospitalarias y en el
tal. En el Senado de
Tratamiento Justo en
la adicción y diferen
trastornos infantiles,
bulimia.

La Asociación Americana de Psiquiatría se interesa también por los abusos de ciertas organizaciones de «Managed Care» en Psiquiatría y por las cuestiones de «paridad» para los enfermos mentales (Comisión Internacional para la Paridad, Asociación Americana de Psiquiatría).

4.2.4. COMENTARIO

La APA ha publicado recientemente [63] una recomendación de que el Congreso de los Estados Unidos promulgue ciertos criterios legislados para proteger pacientes de prácticas de «managed care» abusivas y para la protección de los siguientes derechos: a) Punto-de-servicio: se debe permitir a los pacientes que busquen asistencia (– a un costo negociado adicional razonable para ellos-) fuera de la red de proveedores vía una opción de « punto-de-servicio». b) Revisión de Utilización : los programas deberán revelar sus criterios de revisión de utilización (UR) y deberán utilizar un personal UR que está convenientemente formado. c) Apelaciones: se requerirá que los programas establezcan un procedimiento de apelación independiente en caso de negación de asistencia. Si existieran umbrales de precio, no deberían ser tan altos como para excluir la mayoría de los tests diagnósticos y de los tratamientos. d) Responsabilidad: las organizaciones de «managed care» y los programas sanitarios serán responsables de perjuicios si limitan o niegan la asistencia necesaria desde un punto de vista médico. f) «Gag Rules»: se debe evitar que los programas requieran de los médicos que firmen claúsulas «gag rule» que interfieren con el pleno desarrollo de todas las opciones de tratamiento, cubiertas o no por el programa; g) Acceso a la Asistencia Especializada: se debería requerir que los programas establezcan procedimientos bien definidos para garantizar el acceso a una asistencia especializada, incluyendo el acceso directo a especialistas sin utilización de «barreras» inútiles cuando lo necesite la condición médica de un paciente. h) Cláusulas de Incentivos: se debería excluir de los programas la utilización de contratos de incentivos en los que la compensación está vinculada a la negativa o a la limitación de servicios necesarios desde un punto de vista médico. i) Terminación sin Causa: se debería excluir de los programas las claúsulas de « terminación sin causa» que les permita inmediatamente finalizar la participación de un médico sin nota escrita del motivo de la terminación y sin proceso de apelación independiente establecido. j) Plena Revelación: se requerirá que los programas proporcionen una descripción de los rasgos del programa claves incluyendo: limitación de cobertura, copagos, cualificaciones de proveedores, programa de calidad, etc. k) Confidencialidad: los programas sanitarios deben proteger la confidencialidad de los registros médicos del paciente. En particular, se debería prohibir que los programas utilicen o revelen información sanitaria identificable individualmente a menos que lo autorice el paciente individual. En ese sentido la APA ha realizado también una recomendación específica [64].

En lo referente a las iniciativas independientes de ciertos países, dos proyectos de ley fueron presentados ante la Cámara de los Representantes de Estados Unidos, en 1999 [65] que prohíben a las compañías de seguro de enfermedad el imponer restricciones en la duración de las estancias hospitalarias y en el número de consultas ambulatorias para el tratamiento de la enfermedad mental. En el Senado de los Estados Unidos, un proyecto de ley similar [66] enmendaría el «Acta de Tratamiento Justo en Salud Mental» de 1969 que no trataba de cuestiones de paridad respecto de la adicción y diferenciaba entre trastornos mentales debidos a causas biológicas y excluía varios trastornos infantiles, trastornos de ansiedad, depresión clínica moderada, Síndrome de Tourette y bulimia.

Pero, la desigualdad también puede afectar a los psiquiatras en procedimientos tales como el así llamado proceso de "renovación de la candidatura" que es un método que utilizan las compañías de «managed care» para controlar los costes en la asistencia ofrecida. Muchos psiquiatras expresan la preocupación de que la no renovación de los contratos de algunos psiquiatras dentro de una red de «managed care» puedan dar al traste con la asistencia al paciente. Las compañías dejan de renovar los contratos con los médicos por muchas razones: por el perfil del proveedor, porque están desarrollando relaciones más fuertes con menos médicos, porque hay un excedente de psiquiatras en una zona geográfica, etc. La Asociación Americana de Psiquiatría da algunos consejos a sus miembros para evitar los problemas que surgen de la renovación de candidatura.

Cuando se hable de igualdad, se debe evitar la discriminación a la vez que reconocen la diferenciación, en el sentido de buscar a garantizar el derecho a un tratamiento igual a las personas desfavorecidas. La diferenciación, sin embargo, se vuelve discriminatoria cuando su propósito y su efecto es denegar o restringir el igual disfrute de los derechos humanos [67]. Aparte de ser una condición inherente en una persona, la discapacidad es, en amplia medida, un «constructo social 68 con raíces en actitudes sociales». Existen pruebas empíricas de la existencia de prácticas discriminatorias hacia personas discapacitades en las áreas del acceso a la educación, obtención de trabajo y violencia física y sexual. La promoción y la protección de los derechos y de la dignidad de las personas discapacitadas requieren de enfoques legales, de disminución de las barreras sociales, y de la modificación de los cambios de actitudes negativas hacia las personas discapacitadas.

Algunos estados están particularmente preocupados por la protección de las personas discapacitadas, como Canadá.

Una reciente Conferencia en la Casa Blanca convocada en Washington en junio de 1999 pidió la «paridad» para los pacientes psiquiátricos, exigiendo que finalizara la estigmatización de los enfermos mentales y el reconocimiento de los derechos de los pacientes a recibir un tratamiento médico igual al que reciben las personas que padecen una enfermedad física. Con el apoyo del Presidente Clinton, la Conferencia fue organizada por Tipper Gore, la mujer del Vice-Presidente (quien admitió haber padecido ella misma un grave ataque de depresión a raíz de que su hijo tuviera un accidente de coche)., la reunión fué emitida por la televisión interactiva a 600 centros por todo el país. El decano de periodismo de la CBS, Mike Wallace, un Miembro del Congreso (ambos hablaron de su experiencia personal con la depresión), un imigrante Chino (un esquizofrénico rehabilitado) y una estudiante anoréxica testificaron de la realidad de la enfermedad mental, que afecta a cerca de 50.000.000 Americanos del Norte en algún momento de sus vidas. Enfrentado a la eficacia limitada de las medidas políticas llevadas a cabo hace tres años, y en el intervalo mientras una ley es promulgada para unificar la cobertura de los seguros proporcionando los mismos beneficios para los pacientes psiquiátricos que para aquéllos que padecen una enfermedad física, el Presidente Clinton anunció la asignación de 72.000.000 $ para financiar dos nuevos estudios sobre la eficacia de varios tratamientos psiquiátricos. El presidente de la Asociación de Seguros de Enfermedad de América, Richard Coorsch, criticó la legislación propuesta temiendo una espiral de costes, a pesar de la existencia de estudios que muestran que un aumento en la cobertura en salud mental estaría compensado por una disminución en el consumo de otros tratamientos médicos y por la incapacidad derivada de ciertas enfermedades psiquiátri-

cas. Como resultó
sal al principio de
y parece que Al G
dera campaña para

Esta conferenc
derechos humanos
bado en la negaci
política de conten
esfuerzos en la de
de las otras patolo
todo el mundo en
bien sea en relació

La lucha de ay
batir las actitudes
«el último gran est
de SIDA. «La ma
fuera su culpa o c
prestigioso Institu
enfermedad. «Son

Los ecos de es
ble progreso de lo
sistema de asisten
bles, generalmente

5. RESUMEN

Diferentes doc
realizado Recome
la Salud Mental p

En lo que se r
tienen el derecho
con humanidad y
económicos, soci
legal, en caso de
sexual u otras for
brar a una persona

En lo que ata
salud mental de l
tección contra la
niveles de tratami

cas. Como resultó ser el caso para el fracasado intento de legislar una cobertura sanitaria universal al principio de la administración Clinton, en cualquier caso el debate público ha sido lanzado y parece que Al Gore planea convertir la defensa de esta cuestión en la piedra angular de su venidera campaña para la presidencia.

Esta conferencia subraya el viraje occurido durante estas últimas décadas en la defensa de los derechos humanos de los enfermos mentales. Una reunión de este tipo hace 30 años hubiera acabado en la negación de la existencia de la locura. Durante estos últimos años, enfrentados a una política de contención de costes, las asociaciones de pacientes y de familias han centrado sus esfuerzos en la demanda de que el tratamiento de los trastornos mentales muestre paridad con el de las otras patologías. Actualmente, la discriminación contra los enfermos mentales persiste en todo el mundo en lo referente al reembolso de la hospitalización y del tratamiento ambulatorio, bien sea en relación con la duración de la estancia o con el número de intervenciones permitidas.

La lucha de ayer permanece en los titulares de hoy: debemos insistir en la necesidad de combatir las actitudes negativas hacia los pacientes psiquiátricos que constituyen, según Mrs. Gore, «el último gran estigma del siglo 20», comparable al prejuicio que sufren los pacientes de cancer o de SIDA. «La mayoría de la gente trata a alguien que padece una enfermedad mental como si fuera su culpa o como si no pudiera quitárselo de encima» dijo. En este contexto, el director del prestigioso Instituo Nacional de Salud Mental (NIMH) pidió que se reconociera este tipo de enfermedad. «Son enfermedades de un órgano real – el cerebro... »

Los ecos de este importante suceso se oirán en nuestro continente donde, a pesar del innegable progreso de los últimos 20 años, la salud mental sigue siendo la hermana pobre, tanto en el sistema de asistencia sanitaria público como en el sector privado, donde restricciones inaceptables, generalmente, impiden hospitalizaciones y tratamientos psicoterapéuticos.

5. RESUMEN Y CONCLUSIONES

Diferentes documentos adoptados por Organizaciones Internacionales públicas y privadas han realizado Recomendaciones sobre diversos aspectos en que las legislaciones y las acciones sobre la Salud Mental pueden entrar en colisión con los Derechos Humanos.

En lo que se refiere a ciertos Derechos Básicos de la persona, se establece que los pacientes tienen el derecho a: a) recibir el mejor nivel de salud mental y física alcanzable; b) ser tratados con humanidad y respeto a su dignidad inherente; c) ejercer todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales (incluido votar) y a un justo procedimiento de incapacidad legal, en caso de que sea necesario iniciarlo; d) ser protegidos de la explotación económica, sexual u otras formas de explotación; e) ser informados lo antes posible de sus derechos; f) nombrar a una persona que les represente.

En lo que atañe a la Equidad, los pacientes tienen derecho: a) al acceso a un servicio de salud mental de la misma manera que lo tendrían a cualquier otro servicio médico; d) a la protección contra la discriminación por motivo de la enfermedad mental; c) a recibir los mismos niveles de tratamiento que otra cualquiera persona enferma; d) a ser tratados, si es posible, en

régimen voluntario en servicios ambulatorios sin ser hospitalizados; e) a ser tratados en la comunidad en un ambiente adecuado a sus antecedentes culturale; y f) a no ser discriminados, para lo que se deben combatir las actitudes negativas de la población hacia los pacientes psiquiátricos.

Sólo se podrá llevar a cabo una privación de la libertad de los pacientes mediante una hospitalización involuntaria, si se realiza: a) con motivo del trastorno mental del paciente, si no existe otro medio de tratamiento adecuado y si el paciente representa un grave peligro para él mismo o para otras personas; b) por un practicante en salud mental cualificado; c) bajo estrictas garantías procesales; d) por un período corto. En cualquir caso: e) la decisión ha de ser comunicada al paciente; f) un cuerpo judicial debería revisar periódicamente el caso; g) el paciente tiene el derecho de elegir un consejero y pedir un intérprete; h) el derecho de un paciente de comunicar y de mandar cualquier carta cerrada no debe ser restringido.

Para evitar los posibles abusos que puedan derivarse del establecimiento de un diagnóstico psiquiátrico, éste sólo debe de hacerse bajo ciertas condiciones: a) para los fines aceptados por la ley estatal; b) conforme a normas médicas internacionalmente aceptadas; c) el inconformismo social per se no será nunca un factor determinante en el diagnóstico; d) un tratamiento pasado no deberá justificar una resolución futura.

El tratamiento psiquiátrico ha de ser: a) de la mejor calidad; b) voluntario siempre que fuera posible; c) conforme a normas éticas; d) global, incluyendo medicación adecuada si es necesaria; e) lo menos intrusivo posible; f) basado en un programa discutido con el paciente; g) realizado en el entorno menos restrictivo, tan cerca como sea posible de los de la vida normal, y cuando ello sea posible, en la comunidad.

La investigación clínica debe respetar estrictas normas deontológicas: a) debe haber sido previamente programada y experimentada en el laboratorio y con animales; b) debe llevarse a cabo por personal cualificado; c) tan sólo es legal si el paciente da su consentimiento y si es para su beneficio directo; d) el riesgo para su vida o su salud debe estar en proporción con los beneficios terapeúticos o el conocimiento científico que se obtenga; e) el paciente puede libremente retirar su consentimiento en cualquier momento; f) si el paciente no tiene la capacidad para consentir, la intervención solo se puede llevar a cabo con la autorización de su representante o de una autoridad legal; g) las intervenciones en el genoma humano sólo pueden llevarse a cabo siempre que su finalidad no sea la de introducir cualquier modificación en el genoma de los descendientes; h) se debe obtener el consentimiento informado antes de presentar un paciente ante una clase y, si fuera posible, también cuando se divulgue el historial de un paciente en una publicación científica.

Los niños y jóvenes: a) deben ser protegidos de todas las formas de violencia física o mental; b) tienen derecho a nombrar, en caso de litigio respecto a su tratamiento psíquico, un representante personal diferente que un miembro de la familia; c) tienen derecho a que se vele por su seguridad y a que se promueva su bienestar físico y mental; d) tienen derecho a que, si son detenidos, se cuente con un informe de sus problemas de salud mental y a que se asegure el cuidado de su salud mental; e) si padecen una enfermedad mental deben ser tratados en una institución especializada; g) deben contar con un seguimiento adecuado después del alta.

En relación
la locura y la a
criminal; c) as
actos criminale
ble; e) redefini
práctica de la d
la censura en la
aquéllos que lo
oír las apelacio

Lo Centros
inspeccionados
rehabilitación
d) deben asegu
copias de los in
paciente quiera
pedir y produci
te sobre su salu

Pese a que
ciones adaptada
leyes y los regl
las disposicione
Salud acaba de
cer unas guías
de los program
Estados acepter
ten.

En relación con las relaciones entre criminalidad y enfermedad mental se insta a: a) redefinir la locura y la anormalidad mental; b) reevaluar las implicaciones de esto para las leyes civil y criminal; c) asegurar que una persona enferma mental no puede ser considerada responsable de actos criminales; d) proporcionar a los delincuentes la mejor asistencia en salud mental disponible; e) redefinir algunos conceptos básicos tales como la «peligrosidad»; f) reducir al mínimo la práctica de la detención obligatoria por «un período indeterminado»; g) interrumpir la práctica de la censura en la correspondencia; h) colocar bajo la juridicción de las autoridades médicas todos aquéllos que los tribunales han declarado enfermos mentales; i) establecer procedimientos para oír las apelaciones contra medidas de detención.

Lo Centros y Servicios de Salud Mental: a) deberán disponer de personal cualificado; b) serán inspeccionados con regularidad; c) han de contar con equipos basados en la comunidad y con rehabilitación socio-profesional que posibilite el trabajo del paciente aunque sin explotarlo; d) deben asegurar la confidencialidad de las informaciones sobre los pacientes; e) deben dar copias de los informes clínicos al paciente; f) deben insertar en el historial los comentarios que el paciente quiera hacer sobre los datos en él contenidos; g) deben garantizar que el paciente pueda pedir y producir en cualquier entrevista que tenga connotaciones legales un informe independiente sobre su salud mental; h) deben garantizar el derecho del paciente a presentar quejas.

Pese a que las legislaciones de la mayoría de los Estados del mundo han propuestos disposiciones adaptadas a algunas de las mencionadas recomendaciones [69], en la mayoría de los casos las leyes y los reglamentos que las desarrollan son insuficientes. Por otra parte, el cumplimiento de las disposiciones que existen no es siempre adecuado. Por ello, la Organización Mundial de la Salud acaba de lanzar un programa, bajo la coordinación del autor de estas páginas, para establecer unas guías de evaluación del grado de adecuación a las exigencias sobre Derechos humanos de los programas de salud mental existentes en diversos paises. Esperemos que los distintos Estados acepten luego la ayuda de esa Organización para remediar las deficiencias que se constaten.

6. NOTAS

1. Jonathan Mann. «Health and Human Rights: if Not Now, When?». Health and Human Rights vol.2, n.3, 113-120, 1997.
2. Annan, K. A.,: «Celebrating the Fiftieth Anniversary of the Universal Declaration of Human Rights», Health and Human Rights,, vol.2, n.4, pp 7-191998.
3. Desviat, M. y C.González Juárez han publicado interesantes documentos que sirven de referencia objetiva para ese debate en la «Red de Salud Mental Comunitaria», que edita un Web en el que se incluyen, entre otros, los siguientes artículos: «El internamiento psiquiátrico en España» y «Ética, Ley y Psiquiatría», ambos de M. Desviat, y «Bibliografía comentada sobre cuestiones médico-legales», de A. González., http ://www.dinarte.es/salud-mental/novedad.htm.
4. La Declaración Universal de los Derechos Humanos dice, en efecto, que (Artículo 7): «Nadie será objeto de arresto, detención o exilio arbitrarios» y que: «Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social y a la realización – mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional y conforme a la organización y a los recursos de cada Estado- de los derechos económicos, sociales y culturales indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad. » (Artículo 22). Otros artículos son también de interés respecto al derecho a la Salud ."The Universal Declaration of Human Rights" (1948) (article 25): «Todos son iguales ante la ley y tienen derecho, sin ninguna discriminación, a una misma protección de la ley. Todos tienen derecho a una misma protección contra cualquier discriminación en la violación de esta Declaración y contra cualquier instigación de dicha discriminación. » (Artículo 9); «(1) Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado a su salud y a su bienestar así como al de su familia, incluidos alimentación, vestimenta, vivienda, asistencia médica y servicios sociales necesarios, y el derecho a la seguridad en el caso de desempleo, enfermedad, incapacidad, viudez, edad avanzada u otra ausencia de sustento en circunstancias que se sitúan más allá de su control. (2) La maternidad y la infancia tienen derecho a una asistencia y a unos cuidados especiales. Todos los hijos, hayan nacido dentro o fuera del matrimonio, gozarán de la misma protección social.» (Artículo 25); el Artículo 27 estipula que 1) Toda persona tiene el derecho de participar libremente en la vida cultural de la comunidad, de gozar de la vida artística y de participar en la evolución científica y en sus beneficios. (2) Toda persona tiene derecho a la protección de los intereses morales y materiales provenientes de cualquier producción científica, literaria o artística de la que es autora.
5. El Convenio Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966)(Artículo 129).
6. La Carta Social Europea (1961) (Artículos 11 y 13).
7. La Carta Africana sobre los Derechos Humanos y los Derechos de los " Pueblos (1981)(Artículo 16).
8. El Protocolo de San Salvador (1988)(Artículo 10).
9. El Convenio del Consejo de Europa (Oviedo, 1997) sobre Derechos Humanos y Bio-Medicina.. Artículos 27 (relacionado con la ciencia) y 25 (relacionado con la salud y la asistencia médica).
10. «La Declaración Americana de los Derechos y los Deberes del Hombre».
11. Gostin, L. y J.M.Mann. «Towards the development of a Human Rights Impact Assesment for the Formulation and Evaluation of Public Health policies», Health and Human Rights, vol.1, n.1, pp 59-81,1994.
12. Brundtland, G.,H.: «Fifty years of Synergy between Health and Rights », Health and Human Rights.
13 Mann, J.M, L.Gostin, S. Gruskin, T.Brennan, Z. Lazzarini, H.V.Fineberg: «Health and Human Rights», Health and Human Rights, vol.1, n. pp7-24.
14 . Organización Mundial de la Salud: La Carta de la Organización Mundial de la Salud (1946).
15. Asociación Mundial de Médicos: «Declaración sobre la tortura u otras formas de procederes crueles, inhumanos o humillantes».
16. World Medical Association, «Statement on Child Abuse and Neglect», adoptada por la 36 World Medical Assembly, Singapore, October 1984 y enmendada por la 41st World Medical Assembly, Hong Kong, September 1989, la World Medical Assembly, Rancho Mirage,USA, October 1990 y la 44 World Medical Assembly, Marbella, España, Septiembre 1992.
17. World Medical Association: "The Statement on the Use and Absuse of Psychotropic Drugs", adoptada por la 29 World Medical Assembly, Tokyo, Japan, october 1975, y enmendada por la 35 World Medical Assembly, Venecia, Italia, octubre 1983.
18. Asociación Mundial de Psiquiatría.: "The Declaration of Hawai, the General Assembly of the World Psychiatric Association" , 6th World Congress, July 1983.
19. Asociación Mundial de Psiquiatría: "La Declaración y los Puntos de vista de la Asociación Mundial de Psiquiatría respecto de los Derechos y de las Garantías legales de los Enfermos Mentales" 1989, 14 WPA, Viena 1983.
20. Asociación Mundial de Psiquiatría: "The Declaration of Madrid, the General Assembly of the World Psychiatric Association", 1996.
21. Asociación Mundial de Psiquiatría:"Intervenciones de la Asociación al Preámbulo y a ciertos Artículos propuestos en el Informe del Grupo de Trabajo establecido por el Consejo Económico y Social (informe Daes) a través de la Comisión sobre los Derechos Humanos de las Naciones Unidas" " sobre la cuestión de las personas detenidas por razones de salud mental y que padecen trastornos mentales " .
22. Asociación Mundial de Psiquiatría. "WPA Statement and Viewpoints on the Rights and Legal Safeguards of the Mentally ill",adopted by the General Assembly in Athens, 17th October, 1989, during the VIII World Congress of Psychiatry in Athens. (Declaración sobre los Derechos y las Garantías Legales de los enfermos mentales 1989).
23. Asociación Mundial de Psiquiatría : "Declaración sobre la participación de los psiquiatras en la pena de muerte" , 1989.
24. Asociación Mundial de Psiquiatría: "Declaración sobre el problema de la asistencia psiquiátrica proporcionada a las víctimas de la tortura, de las catástrofes naturales y de la guerra".
25. Asociación Mundial de Psiquiatría: "Programa sobre la esquizofrenia y el estigma", dirigido por N. Sartorius.
26. American Psychiatric Association: "Statement on Parity for Psychiatric Patients".

27. Guimón J. : "
28. Bazelon Cente
29. De forma más
a). El Convenio I
Artículo 12 "
niveles posibl
b). En la Convenci
estipulado qu
en los siguien
la propagació
c) En la Convenci
General 39/46
mediante el c
obtener de cl
cometido o se
da en la discri
miento o aqui
miento que su
d.) En la Convenci
mental, neces
miento ". El A
ción y asegura
les, en especia
Artículo 19 m
vas necesarias
trato o explota
sona que teng
mental o física
za en sí mismo
derecho de un
to de su salud
pertinentes a s
cuado al desar
de acuerdo en
capacidades m
cen el derecho
o que pudiera
moral o social.
e. En la Convenci
quiera de los a
gioso, como ta
mente al grupo
tienden a impe
30. United Nations:
General Assem
cen de una enf
31. Consejo de Euro
32. Guimón,J., W. F
33. Guimón J.:" Foli
34. "The Conventio
39/46 of 10/12/
35. "The Principles
and Detainees
Assembly Reso
36. "Convención so
37. "Asociación Mu
Association, 19
October 1989.
38. Brakel, S.J.:" In
39. Balestrieri, A.:
40. Consejo de Euro
Protection of Pe
con la Protecci

27. Guimón J. : " The ethics of manage care ", en Guimón, J. and Sartorius, N. (Eds),Manage or Perish, Plenum, New York, 2.000.
28. Bazelon Center for Mental Health Law: "Bazelon@tidalwave.net"
29. De forma más detallada, el derecho a la salud mental ha sido mencionado en :

a). El Convenio Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en vigor el 3 de Enero de 1976) menciona en su Artículo 12 " 1. Los Partidos Estatales en este Convenio actual reconocen el derecho de toda persona de gozar de los mejores niveles posibles de salud física y mental. "

b). En la Convención para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales (Roma 1950), Artículo 5.1, está estipulado que " Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad de persona. Nadie será privado de su libertad excepto en los siguientes casos y conforme a un procedimiento prescrito por ley : e) la detención legal de personas para la prevención de la propagación de enfermedades infecciosas, de personas de menta insana, de alcohólicos o de toxicómanos o de vagabundos. ".

c) En la Convención contra la Tortura y otros Castigos o Tratamientos Degradantes, Inhumanos o Crueles (Resolución de la Asamblea General 39/46 del 10/12/1984, Artículo 1), " Para los objetivos de esta Convención, el término " tortura " significa cualquier acto mediante el cual se inflinge intencionadamente dolor o sufrimiento severo, sea físico o mental, a una persona con la finalidad de obtener de ella o de una tercera persona información o una confesión, castigándola por un acto que ella o una tercera persona ha cometido o se sospecha que haya cometido, o intimidando o coaccionándole o a una tercera persona, o por cualquier razón basada en la discriminación de cualquier tipo, cuando dicho dolor o sufrimiento es infligido por/ o a instigación de/ o con el consentimiento o aquiescencia de un funcionario público o de otra persona que actúa con autoridad pública. No incluye el dolor o sufrimiento que surge de, inherente a o fortuito a sanciones legales."

d.) En la Convención sobre los Derechos del Niño (1989), se subraya en el Preámbulo que "el niño, por razón de su inmadurez física y mental, necesita garantías y cuidados especiales, incluyendo la protección legal adecuada, tanto antes como después del nacimiento ". El Artículo 17 estipula " Los Partidos Estatales reconocen la función importante que juegan los medios de comunicación y aseguran que el niño tenga acceso a la información y al material de una diversidad de fuentes nacionales e internacionales, en especial aquéllas cuyo objetivo es la promoción de su bienestar moral, social y espiritual y de su salud física y mental. El Artículo 19 menciona que:" 1. Los Partidos Estatales tomarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas necesarias para proteger al niño de todas las formas de violencia, daño o abuso, negligencia o tratamiento descuidado, maltrato o explotación, incluyendo abuso sexual, mientras esté a cargo de los padres, de los tutores legales o de cualquiera otra persona que tenga la custodia del niño." El Artículo 23 dice que: " 1.Los Partidos Estatales reconocen que un niño incapacitado mental o físicamente debería gozar de una vida decente y plena, en condiciones que aseguran la dignidad, promueven la confianza en sí mismo, y facilitan la participación activa del niño en la comunidad ". Artículo 25: " Los Partidos Estatales reconocen el derecho de un niño, quien ha sido colocado por las autoridades competentes con la finalidad de cuidados, protección o tratamiento de su salud mental o física, a una revisión periódica del tratamiento proporcionado al niño y de todas las demás circunstancias pertinentes a su colocación ". Artículo 27 : " 1.Los Partidos Estatales reconocen el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado al desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social del niño. " El Artículo 29 dice que:" 1. Los Partidos Estatales están de acuerdo en que la educación del niño debe dirigirse hacia " el desarrollo de la personalidad del niño, de sus talentos y de sus capacidades mentales y físicas hasta la totalidad de su potencial ". El Artículo 32.1 estipula que: " LosPartidos Estatales reconocen el derecho del niño a ser protegido de la explotación económica y de llevar a cabo cualquier trabajo que pudiera ser peligroso o que pudiera interferir con la educación del niño, o ser dañino para su salud o para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social. "

e. En la Convención sobre Prevención y Castigo del Crimen de Genocidio (1951), el Artículo 2 dice así:" genocidio significa cualquiera de los actos siguientes cometidos con intención de destruir, total o parcialmente, a un grupo nacional, étnico, racial o religioso, como tal:1. Matar miembros del grupo;2. Causar grave daño físico o mental a miembros del grupo ;3.Infligir deliberadamente al grupo condiciones de vida que se calcula que producirán su destrucción física total o parcial;4.Imponer medidas que tienden a impedir nacimientos dentro del grupo;5. Tranferir a la fuerza los niños del grupo a otro grupo ".

30. United Nations: "Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care", General Assembly Resolution 46/119, 1991 (Los Principios de las Naciones Unidas para la protección de las personas que padecen de una enfermedad mental y para la mejoría de la asistencia en salud mental).
31. Consejo de Europa : " Recomendaciones sobre la Situación de los Enfermos Mentales del Consejo de Europa ".
32. Guimón J., W. Fisher y N. Sartorius: " The image of Mental Illness ", Karger, Bale, 1999.
33. Guimón J.:" Folie et Parité ", Médecine et Hygiène, 1999.
34. "The Convention against Torture and Other Themes or Cruel, Inhumane or Degrading Treatments" (General Assembly Resolution 39/46 of 10/12/1984, Article 1).
35. "The Principles of Medical Ethics relevant to the Role of Health Personnel, particularly Physicians, in the Protection of Prisoners and Detainees against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment", Adopted by General Assembly Resolution 37/194 of 18 December 1982.
36. "Convención sobre la Prevención y el Castigo del Crimen y del Genocidio".
37. "Asociación Mundial de Psiquiatría: Declaration on the participation of psychiatrists in the death penalty" (World Psychiatrie Association, 1989) adopted by the General Assembly of the World Psychiatric Association at its World Congress in Athens, October 1989.
38. Brakel, S.J.:" Involuntary Institutionalization ". The Mentally Disabled and the Law ,1992 , pp. 21-82.
39. Balestrieri, A. : " Dalla repressione all'assistenza ", Dialectica, 1980, pp 8-13.
40. Consejo de Europa: "Recommendation No. R (83) 2 of the Committee of Ministers to the Member States Concerning the Legal Protection of Persons Suffering from Mental Disorder Placed as Involuntary Patients". Recomendación suplementaria en relación con la Protección Legal de las Personas Ingresadas como Pacientes No Voluntarios.

41. Cobreros Mendazona, E. : "Los tratamientos sanitarios obligatorios y el derecho a la salud, Instituto Vasco de Administración Pública, Oñati, 1988.
42. Lecompte (1995) " The Paradoxical Increase in Involuntary Admissions after the Revision of the Civil Commitment Law in Belgium " Med Law (1995) 14 :53-57.
43. Busino : "Les hospitalisations non volontaires à Genève". Thèse Doctoral, dirigée par J.Guimón, Genève 1996.
44 The Council of Europe. "European Treaties. ETS No. 164 Covention for the protection of Human Rights and dignity of the human being with regard to the application of Biology and Medicine, Oviedo", 04.IV.1997(Convención de Oviedo del Consejo de Europa sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina).
45 Consejo de Europa. "29 sesión ordinaria de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa".
46. Quality in Health Care, June 1999, Volume 8, No. 2 " A new structure for quality improvement reports " Fiona Moss, Richard Thomson 76 & 77.
47. Evidence-Based Mental Health, Vol. II, No. 3, August 1999 " Teaching evidence-based practice in mental health ", Bilsker, Dan, Goldner, Elliot M., pp. 67-70.
48. Evidence-Based Medicine in Schizophrenia, "International Clinical Psychopharmacology", Vol. 14, Supplement 3, June 1999.
49. "Symposium on " Quality Assurance in Mental Health Care ", Wolfgang Gaebel (Chair) Psychiatry on New Thresholds "" Task Force on International of (existing) Practice Guidelines for the Treatment of Mental Disorders ", WPA 199947
50. Symposium on " Adoption of Practice Guidelines for the Treatment of the Mentally Ill in South-American Countries ", chair José M. Bertolote (Chair) Psychiatry on New Thresholds "" Task Force on International of (existing) Practice Guidelines for the Treatment of Mental Disorders "WPA 1999.
51. Workshop " Standards and Guidelines in Psychiatry : how far are they adaptable from one society to another ? ", chair Eugen M. Wolpert (Chair) Psychiatry on New Thresholds "" Task Force on International of (existing) Practice Guidelines for the Treatment of Mental Disorders "WPA 1999.
52 . United Nations."Background measures taken by the UN (10 - 31) at national and regional levels to ensure that the life sciences develop in a manner respectful of human rights" (32 - 147).
53. Naciones Unidas: "Informe sobre la protección de la personalidad humana y su integridad física e intelectual, a la luz de los progresos en biología, medicina y bioquímica".
54. O.M.S. "Investigación médica en la que estén implicados seres humanos y experimentos con sujetos humanos".
55. Naciones Unidas. "Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño" (1989).
56. Naciones Unidas: "The United Nations Rules for the Protection of Juveniles Deprived of their Liberty, adopted by General Assembly Resolution" 45/113 of 14 December 1990. Fundamental Perspectives (Normas de las Naciones Unidas para la Protección de los Jovenes Privados de Libertad)
57. Molnar, B.E. : "Juveniles and Psychiatric Institutionalization: toward better due process and treatment review in the United States".
58. Consejo de Europa. "Comisión de Ministros del Consejo de Europa en 1976".
60. Gostin, L. y Mann,J. M.:" Towards the Development of a Human Rights Impact Assessment for the Formulation and Evaluation of Public Health Policies".
61. Veil, S.:" A Personal Perspective on Human Rights and Health " Health and Human Right, vol 2, n.3, pp.90-95.
62. Asociación Mundial de Psiquiatría : "Declaración y Puntos de Vista sobre los Derechos y las Garantías Legales de los Enfermos Mentales de la Asociación Mundial de Psiquiatría", 1989.
63. American Psychiatric Association, " Patient Protection ", May 1999, Issue: Should Congress enact legislated standards to protect patients from abusive managed care practices? ".
64. APA Call or write your Senators to support confidentiality bill amendments to insure patient privacy - American Psychiatric Association, May 13, 1999.
65. Roukema, M. P. De Fazio y R. E. Wise, Jr.:" Enmiendas sobre la Paridad en Salud Mental y en el Abuso de Sustancias ".
66. Promovido por los Sres. Pete Domenici y Paul Wellstone.
67. Heendriks, A.: "Disabled persons and their Right to Equal treatment : Allowing differentaiation while ending Discrimination, Human Rights and Health".
68. Neufeldt, A. and R.Mathieson: "Empirical Dimensions of Discrimination Against Disabled People, Human Rights and Health".
69. Poitras, S. y J.M.Bertolote:" Mental Health Legislation", en Helmchen et al. (Eds) Contemporary Psychiatry, chap.15, pp 269-285, 2.000, In press.