

AUTO-RECONOCIMIENTO DE DERECHOS EN PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD MENTAL

Dra. Victoria de la Caridad Ribot Reyes.

Especialista I grado de medicina General Integral.

Especialista I grado de Psiquiatría.

Máster en Bioética, 2015.



Resumen

Se llevó a cabo una investigación descriptiva de corte transversal en el periodo comprendido de febrero a abril de 2015, con el objetivo de explorar la opinión de las personas con diagnóstico de enfermedad mental sobre el “Listado de Derechos del Enfermo Mental en Cuba”, así como identificar cuáles son los derechos que dichas personas consideran que deben ser incluidos en el documento. La muestra estuvo formada por 47 personas adultas con diagnóstico de enfermedad mental que reciben atención en el departamento de salud mental

del Complejo Comunitario de Salud (CINSA) del municipio Marianao. Se aplicó la técnica de grupo nominal y para ello, se conformaron dos grupos, uno de 24 personas y otro de 23. Se convocaron dos sesiones independientes de hora y treinta minutos de duración, una por cada grupo, moderadas por la autora. Se identificaron las opiniones que, sobre los derechos de las personas con diagnóstico de enfermedad mental, poseen los participantes en su condición de enfermos y usuarios de los servicios de salud mental. Se enunciaron seis derechos a incluir en el “Listado de Derechos del Paciente Mental en Cuba”.

Introducción.

Los derechos pueden definirse como demandas justificadas hechas a otros por acciones o abstenciones. Un derecho es una libertad intachable e inobjetable. Los llamados “derechos negativos” son aquellos que no pueden ser interferidos por terceros; los posee todo ser humano por el hecho de serlo. Incluyen el derecho a la vida, a la salud o integridad física, a la libertad,

a la felicidad, a la propiedad, etc. Los “derechos positivos” se ejercen a partir de demandas a otros (generalmente al estado) de asistencia, como el derecho a la atención sanitaria, a la educación, al trabajo remunerado, etc.¹

En el reconocimiento de los mismos, marca un hito la “Declaración Universal de Derechos Humanos”, adoptada y proclamada por la Asamblea General de la Naciones Unidas en su resolución 217 A (III), del 10 de diciembre de 1948.² A pesar de las críticas que ha recibido por la pretensión de universalidad (los valores que formula tienen que ver con una cultura determinada e imponerlos a otras culturas sería una acción contradictoria con ellos mismos), este documento abrió las puertas para la posterior formulación de instrumentos de protección de los derechos humanos.

De tal forma, en las resoluciones y declaraciones de posterior aparición, los derechos han sido proclamados como pautas éticas sostenidas sobre una moral social que ha abandonado “la estricta individualidad de los intereses que evoca la concepción hobbesiana de los choques de egoísmos, oponiéndole una comunidad de voluntades asimiladas”, y lo ha hecho por la creencia en la dignidad del ser humano.³

La Medicina Moderna, y dentro de esta la Psiquiatría, ha abrazado (al menos teóricamente) la protección de las personas enfermas a través de diversos instrumentos. Entre los más conocidos se encuentran: Proposición y puntos de vistas de la Asociación Mundial de Psiquiatría (AMP) sobre los derechos y la protección legal de los enfermos mentales, Declaración de Hawái, Declaración de Atenas y Declaración de Madrid, entre otros.⁴

En nuestro país, con el objetivo de garantizar la óptima protección de los derechos de los enfermos mentales, en 1994 el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) publicó el “Listado de Derechos del Paciente Mental”. En su discusión participó el 95% de los psiquiatras cubanos y se convirtió en un importante código deontológico a tener en cuenta por los profesionales que laboran en la Salud Mental.⁵

Sin embargo, en ninguno de los documentos revisados se señala que se haya tomado en cuenta el criterio de los enfermos, o de sus familiares, para diseñarlos. Señala Adela Cortina⁶, que para elaborar un código ético, es preciso que se redacte participativamente, a través de un proceso de reflexión y deliberación, que persiga no equilibrar intereses, si no transformar a través del diálogo. Por tanto, debe contarse con los afectados.

Desde esta perspectiva, nuestro esfuerzo como terapeutas debe orientarse a capacitar a las personas con enfermedad mental para definir sus propios problemas y necesidades, y comprender lo que pueden hacer acerca de esos problemas. La vulnerabilidad y el riesgo constante de que se violen sus derechos es uno de ellos.⁷

Ante esta problemática surgen varias interrogantes, que nos proponemos responder al diseñar y ejecutar la investigación:

Interrogantes científicas.

- ¿Qué opinan las personas con diagnóstico de enfermedad mental acerca del “Listado de Derechos del Paciente Mental en Cuba”?
- ¿Cuáles son los derechos que consideran deben ser incluidos en el mismo?

Objetivos.

1. Explorar la opinión de las personas con diagnóstico de enfermedad mental sobre el “Listado de Derechos del Enfermo Mental en Cuba”.
2. Identificar cuáles son los derechos que dichas personas consideran deben ser incluidos en el documento.

Material y Métodos.

Diseño del estudio

Se llevó a cabo una investigación descriptiva de corte transversal en el periodo comprendido de febrero a abril de 2015.

Universo

Estuvo conformado por las 53 personas adultas con diagnóstico de enfermedades mentales incluidas en

los acápites F20-F29 (esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes) de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) que reciben atención en el departamento de salud mental del Complejo Comunitario de Salud (CINSA) del municipio Marianao.

Se incluyeron todos los individuos que cumplieron los siguientes criterios:

- Tener 18 o más años cumplidos
- No presentar síntomas psicóticos positivos (alucinaciones, delirios que movilicen conducta) durante el periodo de tiempo en que se llevó a cabo la investigación
- Acceder a participar en el estudio

De esta forma, el grupo a estudiar estuvo formado por 47 personas ya que 4 se encontraban ingresadas en el segundo nivel de atención debido a cuadros psicóticos agudos en el momento de llevar a cabo el estudio y 2 no quisieron participar.

Técnicas y Procedimientos

Para el desarrollo de la investigación se utilizaron dos técnicas cualitativas básicas: la revisión de documentos y la realización de grupos nominales.

- Revisión documental

La revisión documental incluyó documentos emitidos por las diferentes asociaciones médicas (Organización Mundial de la Salud, Consejo de Europa, Asociación Médica Mundial, Asociación Mundial de Psiquiatría, Asociación Psiquiátrica de América Latina, Sociedad Cubana de Psiquiatría) en los que se recoge la protección de los derechos de los enfermos mentales. Se revisaron además los documentos oficiales, técnicos, históricos y legales del Ministerio de Salud Pública relacionados con la temática a desarrollar. Con la revisión se identificó la vigencia del tema de estudio; se establecieron conexiones entre los aspectos esenciales de la investigación: la enfermedad mental y su significado en los ámbitos personal, familiar y social, los derechos humanos y la protección de los mismos a través de los códigos deontológicos vigentes; se elaboró el

esquema de categorías a utilizar posteriormente en el proceso de análisis de contenido y se definieron los principales ítems a incluir en el guión para la realización de los grupos nominales.

- **Grupo Nominal**

Una vez elaborado este guión, se aplicó la técnica de grupo nominal y para ello, se conformaron dos grupos, uno de 24 personas y otro de 23. Se convocaron dos sesiones independientes de hora y treinta minutos de duración, una por cada grupo, moderadas por la autora. El trabajo grupal se desarrolló con espontaneidad, libertad de discusión y participación activa de las personas que asistieron y se cumplieron todos los requerimientos de esta técnica.

En ese sentido, se realizó una breve presentación de los participantes y se les informó acerca de los objetivos de la sesión de discusión y las expectativas para realizarla. Se eligió por los asistentes y por mayoría de votos, a una persona como responsable, asignándole la tarea de mantener la disciplina mientras se respondían las preguntas y también debía anotar las respuestas de cada participante, en una pizarra que se habilitó para este momento. Posteriormente se distribuyó a cada participante una copia impresa del “Listado de derechos del paciente mental en Cuba” y fue leído en voz alta por la autora. Una vez finalizado este proceso, se introdujeron las preguntas motivadoras en hojas individuales (1 cada vez). Se solicitó a los participantes que anotaran sus respuestas y dispusieron de 20 minutos para responder cada pregunta. Las principales preguntas motivadoras utilizadas fueron:

- ¿Qué opina usted acerca del “Listado de Derechos del Paciente Mental en Cuba”?
- ¿Cuáles son los derechos que usted considera deben ser incluidos en dicho listado?

Una vez finalizado el tiempo otorgado, se solicitó a cada uno que leyera su respuesta y el líder anotó los aspectos fundamentales contenidos en la misma. Se invitó a que hicieran preguntas o aclaraciones con relación

a las respuestas obtenidas y, con posterioridad a la formulación de cada pregunta, se realizó una votación preliminar y una votación final al concluir la sesión. En ambas se utilizó una puntuación de 0 puntos (no importante) a 10 puntos (muy importante). Al finalizar el trabajo grupal, se había logrado consensuar una propuesta de derechos que desean se les respete como personas consideradas enfermas mentales.

Se exploraron además algunas variables sociodemográficas con el objetivo brindar una caracterización general de las personas participantes. Estas fueron: sexo, edad, diagnóstico etiológico, nivel de escolaridad y ocupación.

Procesamiento de la información

El procesamiento de los datos se realizó en una computadora Intel Celeron compatible, con Windows 7 y utilizando los siguientes programas:

- Procesador de texto Microsoft Word 2010.
- Procesador de hojas de datos Excel 2010

La información sociodemográfica fue sometida a análisis porcentual. Los resultados fueron presentados en tablas y gráficos.

Aspectos éticos

Para cumplir con los requerimientos éticos establecidos para la investigación, se consideraron los siguientes aspectos:

- Se solicitó de la directora del CINSA su aprobación y colaboración para realizar la investigación.
- Se solicitó el consentimiento de los participantes en el estudio.
- Se garantiza el anonimato de todos los participantes en la investigación y la total confidencialidad sobre todos los datos obtenidos.

Limitaciones del estudio

Los resultados obtenidos en esta investigación no pueden ser extrapolados a otras poblaciones.

Resultados.

Entre los principales resultados que se obtuvieron de la discusión en estos dos grupos nominales fueron:

1. El “Listado de Derechos del Paciente Mental en Cuba” sólo es

conocido por los psiquiatras. Ni los enfermos ni sus familias son informados sobre la existencia del mismo. Debe ser divulgado adecuadamente.

2. A pesar de que en este documento se recogen los derechos a: recibir tratamiento individualizado, optar por terceras opiniones, disfrutar del mayor grado de privacidad posible, decidir sobre la participación en investigaciones y ser informado sobre el tratamiento, en la práctica no se cumple. Los enfermos no tienen una participación activa en la toma de decisiones respecto a ellos mismos, la información se discute entre médicos y familiares en la mayoría de las ocasiones y su opinión no es tenida en cuenta.
3. Los enfermos mentales tienen derecho a que no se les discrimine socialmente por el simple hecho de serlo.
4. El acceso a puestos de trabajo no debe ser sólo en instituciones de salud. Las personas tienen derecho a trabajar para garantizar su sustento y el de sus familias.
5. No todos los tratamientos con psicofármacos son igual de efectivos. La elección del medicamento no debe ser responsabilidad única del psiquiatra. El enfermo es capaz de identificar cual medicamento es el más adecuado para él.
6. Los servicios de psiquiatría no son reparados ni remozados con la misma frecuencia que el resto, en los hospitales. En el policlínico no hay una consulta fija y no siempre se garantizan las condiciones de privacidad y comodidad.
7. Las historias clínicas son manipuladas por personas ajenas a los servicios de salud mental.
8. La restricción mecánica y el ingreso involuntario no deben ser medios de coacción.
9. El número de terapeutas y de consultas son insuficientes. Esta situación se relaciona con el hecho de que sólo el psiquiatra está autorizado a prescribir psicofármacos y el intervalo entre consultas a veces hace que la cantidad de me-

dicamentos sea insuficiente para garantizar el tratamiento.

La propuesta de derechos, consensuada y aprobada por los participantes en los dos grupos nominales fue:

- Derecho al respeto a la dignidad y no discriminación.
- Derecho al trabajo remunerado y al reconocimiento social que este conlleva.
- Derecho a participar en la toma de decisiones respecto al tratamiento.
- Garantía de la libertad individual.
- Derecho a una verdadera confidencialidad.
- Derecho a una atención médica de excelencia.

Las opiniones que emitieron los participantes sobre el "Listado de Derechos del Paciente Mental en Cuba" fueron mayormente las esperadas, y coinciden con investigaciones anteriores realizadas por la autora,^{5,8} aunque en estas se exploraba el criterio de profesionales de la Salud Mental.

Cabe señalar que en nuestro país, la Psiquiatría y la atención de los enfermos mentales sufrieron un importante cambio a partir de la década del 90' del pasado siglo. Se propuso una reorientación hacia la comunidad con el objetivo de garantizar una rehabilitación integral de los pacientes y la reinserción socio-familiar de los mismos. Según este enfoque, la permanencia del enfermo en su medio cotidiano (evitando en lo posible los ingresos en atención secundaria) debería traducirse entonces en un aumento de nivel de calidad de vida.⁹ Entre las proyecciones de esta reorganización se encontraban la movilización comunitaria y asegurar el respeto a los derechos humanos y civiles de los enfermos mentales.¹⁰

Sin embargo, la cotidianidad de las personas que padecen enfermedad mental, aún dista mucho de lo proyectado por la reorientación psiquiátrica. En el imaginario social el enfermo continúa siendo "el loco". La enfermedad mental, así como su curación y la rehabilitación, sufren la influencia del comportamiento humano, a la vez que demandan adaptaciones bioculturales tanto en el enfermo como en el

núcleo social que lo acoge.⁹ Es opinión de la autora que en el diseño de la reorientación de la asistencia psiquiátrica, faltó el abordaje integrador de la persona enferma. No basta con formas psiquiátricas sociales o disponer las condiciones estructurales en el policlínico para que la consulta se lleve a cabo en el mismo. Si no se producen cambios en la representación social de la enfermedad, las personas que deben acoger al enfermo mental (familia, comunidad), e incluso los propios protagonistas, continuarán practicando la exclusión como forma fundamental de relación interpersonal y social.

En tal sentido, es comprensible que el derecho a la no discriminación fuera el primero en ser identificado por ambos grupos. Este trato diferenciado, cargado de connotaciones negativas, se fundamenta en el estigma que acompaña a la enfermedad mental.¹¹

Conceptualmente, el estigma puede considerarse como una marca o atributo que vincula a la persona con características indeseables.¹² En el caso de la enfermedad mental, en los últimos años distintas organizaciones internacionales han identificado el estigma como uno de los problemas más importantes relacionados con la salud mental en las sociedades.¹³⁻¹⁵ Entre los principales efectos del estigma se ha señalado su papel en las dificultades de acceso y mantenimiento del empleo (lo cual fue manifestado por los participantes en la presente investigación), en el acceso a la educación e, incluso, en el acceso a la sanidad. Por otro lado, el estigma no sólo afecta a las personas con una enfermedad mental, sino también a aquellos que se encuentran estrechamente relacionados con ella. Este fenómeno, que se denomina estigma por asociación¹⁶, afecta fundamentalmente a las familias, pero también llega, incluso, a los profesionales que trabajan con estas personas. Lamentablemente, este fenómeno es bien conocido por los que trabajamos en salud mental.

En este ámbito, Ottati V et. al.¹⁷ y Rüsch N et. al.¹⁸ consideran que el estigma se pone de manifiesto en tres dimensiones: estereotipos, prejuicios y discriminación. Los estereotipos

son estructuras de conocimientos socialmente aprendidas que representan el acuerdo generalizado sobre lo que caracteriza a un determinado grupo de personas. Estas creencias, cuando se activan, pueden generar una serie de prejuicios o reacciones emocionales, generalmente de carácter negativo. Los prejuicios, en última instancia, pueden dar lugar a la discriminación; esto es, a todos aquellos comportamientos de rechazo y exclusión del grupo estigmatizado.

Personalmente, considero que no existen personas más "mal tratadas" por los diferentes medios que las que padecen una enfermedad mental o los psiquiatras; y esto constituye un aporte indiscutible a los estereotipos que sobre ellos se forman en la sociedad. Generalmente, se asocia la enfermedad mental con violencia, fracaso y desorganización.

Precisamente, Vaquero C et. al.¹⁹ considera que entre los factores externos que influyen en la rehabilitación o no de las personas con enfermedad mental, una de las cuestiones presentes a lo largo de la historia y que parece afectar de forma directa, no sólo al proceso de integración social, sino también al bienestar subjetivo de la persona, es el estigma social. Desde una visión estigmatizadora, algunos medios de comunicación, el público no informado, y a veces los responsables políticos arrastrados por ellos, tienden a sesgar sus conceptos preferentemente hacia las medidas de control, en detrimento de las encaminadas al apoyo, la independencia y la mejora de calidad de vida de las personas.²⁰

No en vano, en pleno siglo XXI, el régimen manicomial se mantiene en buen número de países.

Este abordaje reduccionista y cargado de prejuicios del enfermo mental ya había sido denunciado por varias personalidades de los ámbitos médico y filosófico. Dentro del primero podemos citar a al profesor de patología de Heidelberg, Viktor von Weisácker, quien durante la primera mitad del siglo XX defendió una concepción de la persona del enfermo completamente opuesta a la de los ideólogos nazis: "a la solidaridad entre médico

y enfermo se ha sustituido un orden de valores supuestamente superior. Esta sustitución se acompaña de la desvalorización del individuo enfermo y de una auto-afirmación del médico expresada en nombre de la ciencia (...) La evaluación no se hace a partir del encuentro con este individuo singular que es el enfermo sino que se saca de elementos que le son ajenos (.) La medicina se ha encerrado en una concepción teórico-científica que considera los seres humanos como puros objetos y no como personas que como tales trascienden a la vez el individual y la colectividad.”²¹

En tal sentido, debemos argumentar que el valor del ser humano, hombre y mujer²² -excluyendo la distinción del rango etario, condiciones de salud o enfermedad, procedencia étnica o sexualidad- es inalienable universalmente: “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos”.²

La fundamentación ética de esta máxima se asienta en gran medida, en la antropología filosófica y en la bioética personalista.

Desde un enfoque antropológico, el concepto de naturaleza humana se inscribe en el orden del ser mostrable, cognoscible desde una metodología fenomenológica y reflexiva. El reconocimiento de la dignidad del ser humano estriba en su carácter personal. Su valor es absoluto porque su ser no es reeditable: nadie es repetible ni sustituible. El concepto de dignidad lleva asociado una exigencia de respeto incondicionado, así como una integración social plena^{23, 24}.

Considero que la implementación de políticas públicas de salud tradicionalmente utilitaristas, unido al estigma de la enfermedad mental, han contribuido a que estas personas sean valoradas en muchas ocasiones (sobre todo a la hora de asignar recursos) como ciudadanos de segunda categoría. ¿Qué mejor ejemplo que la elaboración de “instrumentos de protección” para los que no se les consulta en nada?

En tal sentido, la Bioética personalista apuesta por una reflexión que enfrenta las preguntas éticas respecto a la vida humana desde una perspec-

tiva que reconoce el ser y la dignidad de la persona como valores absolutos y, como consecuencia, tiene como *primum principium* el respeto incondicional de su inviolabilidad y la tutela de su libre expresión, in primis, sobre la vertiente de los derechos humanos. En la perspectiva personalista el *bonum*, es decir; el valor último que mide el actuar moral, se entiende como la promoción del ser y de la preciosidad o dignidad de la persona en cuanto persona.²⁵ A partir de esta reflexión, resulta inconcebible la discriminación de cualquier tipo.

El derecho al trabajo remunerado fuera de las instituciones sanitarias fue otro de los identificados por los grupos nominales. Este derecho, a pesar de que es harto reconocido en documentos éticos y legales, no siempre se garantiza, y no aparece reflejado en el “Listado de derechos del Paciente Mental en Cuba”.

La Declaración Universal de Derechos Humanos, en su artículo 23, expresa: “toda persona tiene derecho al trabajo, a la libre elección de su trabajo, a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo y a la protección contra el desempleo”.²³ El artículo 45 de la Constitución Cubana plantea: “El trabajo en la sociedad socialista es un derecho, un deber y un motivo de honor para cada ciudadano. El trabajo es remunerado conforme a su calidad y cantidad; al proporcionarlo se atienden las exigencias de la economía y la sociedad, la elección del trabajador y su aptitud y calificación.”²⁶ Por otra parte, el artículo 7 del Proyecto de Salud Mental cubano reconoce: “la promoción laboral y el trabajo de las personas alcanzadas por la siguiente Ley, constituyen un recurso terapéutico de primer orden. Se promueve el derecho al trabajo como parte esencial de la recuperación de la autonomía e independencia de aquellas. El trabajo con objetivos rehabilitatorios en los centros especializados, será siempre remunerado por la institución, de acuerdo con sus principios científicos y metodológicos.”²⁷

Si bien es cierto que los diferentes códigos deontológicos reconocen

el trabajo como un derecho al cual se accede sin discriminación de ningún tipo, no siempre se garantizan las condiciones que permitan que los pacientes con patologías psiquiátricas desempeñarse laboralmente sin temor a ser discriminados o subvalorados en su desempeño profesional. Entre los hechos que inciden en esta situación se encuentra que el país atraviesa por un periodo de reestructuración del mercado laboral, acompañado de una contracción del sector estatal. Sin embargo, es la discriminación el elemento fundamental que incide en las dificultades laborales de las personas con enfermedad mental.¹⁰

En España, Zamora-Santiago J²⁸ constató en 2014 que las tasas de desempleo de las personas con enfermedad mental (EM) y/o Patología Dual (PD) eran muy altas, encontrándose estas con muchas dificultades para poder acceder al mercado laboral normalizado y, en el caso de conseguirlo, de poder mantener en el tiempo el puesto de trabajo. Pérez del Río F²⁹ plantea que existe una correlación concluyente entre la salud mental y el grado interno de igualdad o desigualdad económica. Harlem Brundtland G³⁰ defiende la tesis de que la salud mental depende en gran medida de la justicia social.

Considero que el desconocimiento juega un papel en la discriminación laboral. Las personas que ejercen como decisores en las direcciones de trabajo municipales, no cuentan con información sobre las limitaciones o particularidades que competen a los enfermos mentales. Se pierde entonces una fuerza creativo-productiva que pudiera ser utilizada si tan solo se tuviera en cuenta que las opciones laborales y las condiciones de trabajo deben pero personalizadas y no estandarizadas.

El trabajo, fuente de reconocimiento social, constituye una vital herramienta para desarrollar relaciones interpersonales y habilidades sociales, inculcar responsabilidad y la vez, disminuir la carga económica que las personas con enfermedad mental pueden llegar a representar si se mantienen inactivos.⁵

Afortunadamente, el interés (desigual según el país) por el empleo de

personas con enfermedades mentales graves y, especialmente, de aquellas con diagnóstico de esquizofrenia, está creciendo de manera significativa, ganando un progresivo reconocimiento profesional y ciudadano como una de las áreas a cubrir en la atención socio-sanitaria a dichas personas. Reconocimiento e interés en los que confluje una doble perspectiva, según se contemple como un derecho ciudadano o como un componente más de los programas de rehabilitación.³¹

El derecho a decidir y el respeto a la libertad individual planteados por los participantes han sido identificados en estudios similares llevados a cabo con enfermos mentales.^{9, 32}

La capacidad de los pacientes psiquiátricos para decidir y consentir tratamiento es un tema que ha generado numerosas polémicas. Si bien el respeto a la autonomía y la práctica del consentimiento informado han ganado fuerza en otras especialidades, en Psiquiatría aún no se logra consenso.⁵ Me refiero, por supuesto, no al mal llamado consentimiento informado, a través del cual se intenta que el paciente o el familiar firmen un documento autorizando la realización de un tratamiento o investigación. En mi opinión, se trata del proceso de comunicación entre equipo de salud-persona-familia que se traduce en alianza terapéutica. Por tanto, para que esta comunicación se lleve a cabo, es preciso que la información fluya adecuadamente y que los implicados tengan la capacidad para entenderla, procesarla y tomar decisiones al respecto.

En la mayoría de los textos consultados, los conceptos de capacidad y competencia aparecen como sinónimos, a pesar de algunas diferencias conceptuales: la *capacidad mental* se entiende como un constructo multidimensional que considera la capacidad de los individuos para tomar decisiones autónomas, y como *competencia* se entiende la habilidad para realizar una tarea y la capacidad de una persona para actuar o comportarse adecuadamente en ciertas situaciones, con clara referencia a los aspectos legales.³³

El requisito de competencia o capacidad es uno de los elementos clave





puede verse profundamente alterada como consecuencia de la patología que padezca el enfermo mental. Algunos autores valoran hasta tal punto la incidencia de la enfermedad mental sobre la autonomía personal que no han dudado en definir a la psiquiatría como la patología de la libertad. La especial relación entre patología psiquiátrica y libertad matiza sobremanera la preeminente posición del principio de autonomía en la reflexión bioética, cuando se aborda desde la perspectiva psiquiátrica. La autonomía limitada que se deriva de la capacidad o competencia limitada del paciente, plantea un proceso de sustitución del enfermo mental en relación con la toma de decisiones acerca del proceso terapéutico.⁴ Esta sustitución debe guardar relación con el grado de incompetencia del paciente en un momento dado (no es inamovible). Esto supone que se debe adoptar como principio general: “los pacientes son capaces de tomar sus propias decisiones, a menos que se pruebe lo contrario”³⁴.

El principio de la alternativa menos coercitiva requiere que las personas dispongan siempre de tratamiento en lugares que tengan la menor repercusión posible en su libertad personal, status y derechos sociales, incluyendo su capacidad para seguir con su trabajo y con su vida cotidiana. En la práctica esto significa promover la atención basada en la comunidad y recurrir a tratamientos institucionales sólo en circunstancias excepcionales. Si el tratamiento institucional es necesario, se debe promover el ingreso y tratamiento voluntarios, y autorizar el ingreso y tratamiento involuntarios sólo en circunstancias excepcionales. El desarrollo de servicios de atención comunitaria es un requisito indispensable para llevar este principio a la práctica³⁵.

El psiquiatra debe actuar siempre con relación a sus pacientes, guiándose por el principio de beneficencia; no obstante, el decidir con beneficencia respecto al enfermo, no implica de forma alguna que no se respete su autonomía.³⁶ El consentimiento informado en psiquiatría se presenta entonces como un nuevo ideal de autonomía

y racionalidad. Sirve para orientar los actos aun cuando no pueda realizarse por completo. Esta nueva forma de entender la relación médico-paciente se convierte en un valor dentro de la práctica médica.³⁷

Los derechos a la confidencialidad y a la atención médica de excelencia van de la mano de la necesidad urgente de garantizar una atención en salud mental de calidad. En este punto las opiniones versaron en su mayoría sobre la manipulación de las historias clínicas y la organización de las consultas en atención primaria.

Respecto a la confidencialidad, ésta se considera un aspecto clave de la relación entre profesionales sanitarios y pacientes. Supone la cesión del paciente de una parte reservada de sí mismo, y los principios éticos de autonomía y no maleficencia están íntimamente ligados con su preservación. Al ser la historia clínica el documento donde la relación con el paciente queda reflejada, requiere de una protección extraordinaria por la naturaleza especialmente sensible de la información en ella contenida.³⁸

Debemos considerar la información privada del paciente un don, en tanto que entrega una parte de sí mismo, en cierto modo único, que ha de ser tratada con lealtad sin compartirla con otros.³⁹ Es solo el propio interesado quien puede decidir qué información pertenece a su más estricta intimidad, según sus propios criterios.⁴⁰

Existe además un deber moral de fidelidad para con el paciente. Se deben respetar los acuerdos a que se llegan (*pacta sunt servanda*), y esto incluye el acuerdo implícito acerca de la confidencialidad de la información que se maneja en la actuación sanitaria. La relación de los pacientes con los profesionales de la salud se basa necesariamente en la confianza. El usuario debe revelar datos que pertenecen a la esfera de lo íntimo para que quien le atiende cuente con la información necesaria para abordar su proceso. Si esa confianza se quiebra la relación se deteriorará. Esta es la razón básica de carácter práctico que nos impele a mantener el secreto profesional. Debe tenerse en cuenta que la obligación de

en un proceso de consentimiento informado. Está claro que la competencia y la capacidad de una persona que sufre un trastorno mental puede estar disminuida o alterada, pero la creencia previa de la incompetencia global de los enfermos mentales ha sido reemplazada por un entendimiento más detallado de su competencia, como una gradación en la toma de decisiones.³³

La autonomía, como principio rector de las decisiones del paciente,

secreto no solo abarca la información referente al estado de salud del paciente, sino a cualquier dato sobre su vida privada que se conozca durante la atención en salud. Si el profesional no respeta la reserva de lo revelado por el paciente y difunde información privada del mismo, puede provocarle graves daños en diferentes esferas de su vida que serán como mínimo de tipo moral, quebrantando el principio de no maleficencia.³⁷

Para la psiquiatría su aplicación, sus restricciones y sus excepciones constituyen una parte nuclear de su propia existencia como especialidad médica. El paciente asiste al psiquiatra con la convicción a priori de que compartirá información relevante e íntima con una persona capacitada para recibirla en forma empática, que respetará aspectos valóricos y socioculturales y que emitirá una opinión acerca de síntomas mentales y conductuales proponiendo un esquema de tratamiento. La complejización de la medicina, la tendencia al trabajo interdisciplinario dentro de las instituciones de salud, ha provocado erosiones y cambios en la aplicación de la confidencialidad. Los aspectos legales y la influencia de los administradores de salud, los distintos tipos de registro de la información junto a la implementación de las tecnologías de la información han exigido la construcción de nuevas fundamentaciones acerca del concepto de confidencialidad.⁴¹

En la relación asistencial protegemos datos que no han de tener conocimiento público; pero en esta relación, tradicionalmente, ha sido el profesional sanitario quien ha determinado las condiciones que regían la protección de la confidencialidad. La posición del paciente ha sido claramente subordinada, pasiva y, hasta cierto punto, innecesaria. El médico decidía: qué, cómo, a quién, cuándo, etc. Entendido de esa manera, el deber de secreto guardaba una intimidad sin autonomía. Tres factores han modificado este enfoque: a) la aparición de las nuevas tecnologías, b) el desarrollo de la bioética y c) la nueva orientación interpretativa del derecho a la intimidad en la legislación y la jurisprudencia. Gracias a

estas transformaciones se ha ido generalizando el criterio de que el derecho a la intimidad está ligado al respeto de la dignidad de la persona. El derecho a la protección de datos personales es, hasta el momento, la culminación del desarrollo del tradicional derecho a la intimidad.⁴²

La confianza es un valor específico en psiquiatría, y la imagen paradigmática de la confianza es la relación médico-enfermo. Pero la relación asistencial ha cambiado, en los centros asistenciales se trabaja en equipo y se comparte la información.⁴³

Este es el caso del acceso a la historia clínica. La historia clínica tiene como fin principal facilitar la asistencia sanitaria. Es un instrumento destinado fundamentalmente a garantizar una asistencia adecuada al paciente, que comprende el conjunto de documentos relativos a los procesos asistenciales que se realicen, e incorpora la información que se considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente. Es responsabilidad de los miembros del equipo de salud mental garantizar que la historia clínica de cada persona atendida sea archivada y manipulada adecuadamente. En la experiencia personal de la autora, garantizar la confidencialidad de la información reflejada en la historia clínica, constituye hoy un dilema ético en el que se enfrentan los reglamentos institucionales y el interés por velar por los derechos de la persona que asiste a consulta.

Lograr esto es un reto para la atención psiquiátrica cubana hoy, como lo es también contar con espacios adecuados para implementar terapias de grupos e individuales, disponer de psicofármacos modernos, contar con los recursos humanos y materiales para poder brindar una atención de calidad que propicie la rehabilitación de los enfermos.⁵

Como especialidad, la psiquiatría cubana es parte integral del sistema de salud, que tiene como pilar fundamental la atención primaria. Se prioriza así la proyección comunitaria de sus acciones, donde la promoción y protección de la salud se unen a la pre-

vencción de enfermedades, su curación y la rehabilitación psicosocial; entendiéndose esta última como un proceso de crecimiento de las habilidades pero también consensual de construcción de oportunidades.⁴⁴

La institución rectora en la atención a la salud mental en la comunidad sería el Centro Comunitario de Salud Mental, el cual tiene la misión de garantizar la ejecución de un programa asistencial, docente e investigativo que permita la rehabilitación, promoción y prevención de enfermedades mentales en la población. Entre los servicios debe brindar se encuentran: atención hospitalizada, atención ambulatoria, tratamientos especializados, programas de rehabilitación psicosocial, psicoterapias grupales, medicina natural y tradicional e ingreso en el hogar de los casos que así lo requieran. También tiene como objeto de estudio acciones profilácticas a la comunidad y a la familia como la célula fundamental de la sociedad, como institución básica de la comunidad, donde se desarrollan los conocimientos sobre la estructura y función de la familia, su ciclo vital, su funcionamiento, sus crisis, cómo relacionarse con ella y cómo reforzar la función central de la familia que es la de proporcionar el medio adecuado para el óptimo desarrollo biopsicosocial, cultural y espiritual de sus miembros.⁴⁵

Sin embargo, no debemos olvidar que los enfermos mentales presentan consecuencias negativas en su funcionamiento social y personal que conducen al deterioro de las esferas sociolaborales de la persona, así como al riesgo de exclusión y discriminación social. En tal sentido, se ha planteado que los métodos de rehabilitación están impregnados por el enfoque de "recuperación" que sugiere que la intervención está influida por las creencias del profesional, el tipo de relación que se establece con el paciente así como el papel activo que se le otorga en su proceso de tratamiento y rehabilitación.⁴⁶

Tradicionalmente la concepción dualista, que separa la medicina de la psiquiatría, ha servido para discriminar el financiamiento, la cobertura y el

acceso a servicios, inclusive los más básicos, en detrimento de los pacientes psiquiátricos. Dicha discriminación se ha basado históricamente en argumentos sobre la presunta vaguedad de las definiciones de caso, las dificultades para hacer diagnósticos precisos y la ausencia de evidencia de tratamientos efectivos.⁴⁷ Todas esas alegaciones han quedado progresivamente desvirtuadas a la luz del cuestionamiento ético, pero la enorme brecha que existe en el acceso a una atención psiquiátrica razonable subsiste.

Así como el acceso a los servicios de salud es dimensión básica de la calidad de éstos, la equidad en la asignación de recursos que garanticen dicho acceso es considerada un derecho de las personas, basado en un principio ético de justicia. Es posible que en lo que respecta a la priorización de las enfermedades mentales no haya existido suficiente debate, debido a que los enfermos mentales y sus familiares carecen de una voz suficientemente potente ante la opinión pública y las autoridades.⁴⁸

Los médicos clínicos, incluyendo a los psiquiatras, suelen enfrentar serios dilemas éticos al tener que trabajar en sistemas de salud que no permiten satisfacer de manera razonable las necesidades de sus pacientes. En situaciones de escasez de recursos, lo que es “razonable” depende en parte de lo que está disponible. No obstante, como lo ha señalado Morreim,⁴⁹ el médico siempre debiera entregar sus mejores esfuerzos, destrezas y competencia al paciente, contribuyendo, además, a asegurar los recursos necesarios y combatiendo aquellas reglas que impiden una distribución justa o que no consideran de manera adecuada las necesidades de pacientes individuales.

El dilema de fondo es el de los derechos y necesidades del individuo versus el mayor bien común. La defensa de este último se ha traducido, en la medicina contemporánea, en la promoción de la eficiencia, como dimensión fundamental de la calidad y principio ético prioritario. Los proponentes de la mayor eficiencia sostienen que las decisiones basadas en el costo-efectividad no sólo aseguran mayores

beneficios económicos, sino evitan prácticas arbitrarias (como la discriminación respecto de ciertos grupos, por ejemplo los de mayor edad), contribuyendo así a una convergencia entre eficiencia y justicia.⁴⁸

En términos prácticos, la OMS propone cinco áreas estratégicas en la promoción de los Derechos Humanos en Salud Mental. Cinco aspectos en que las personas afectadas por enfermedad mental deberían poder acceder en condiciones de equidad con los demás ciudadanos de su entorno a los siguientes aspectos:²⁰

- El derecho a un *adecuado estándar de vida*, que se refiere a condiciones de vivienda digna, y especialmente a procedimientos institucionales que eviten la masificación, la pobreza en la higiene, la degradación.
- El derecho de *acceso a la mejor condición de salud física y mental* posibles, que se refiere como mínimo al acceso a medicinas y tratamientos, asesoramiento, apoyo a los cuidadores, y atención a posibles de patologías concomitantes.
- Atender el derecho a la *capacidad legal* requiere primero que se informe y solicite consentimiento en las medidas que afecten a la persona, y a tomar decisiones informadas. Y en situaciones en que se necesite suspender los derechos, al derecho a la tutela legal efectiva, y disponer de garantías de procedimiento y supervisión de las medidas.
- El derecho a *no ser objeto de explotación, tortura, castigo o trato inhumano o degradante o violencia* aparentemente se explica por sí mismo, pero aquí debe tomarse nota de cómo las organizaciones internacionales de usuarios claman que, en la actualidad, algunas intervenciones sanitarias colisionan con este principio.
- El *derecho a la vida independiente y a vivir incluido en la comunidad* atañe a la posibilidad de disfrutar de los recursos comunitarios, participar del ocio y de las actividades sociales o religiosas, etc., pero también requieren analizar la persistencia de formas actuales de ma-

nicomio en dispositivos de nueva creación, o los nuevos fenómenos de transinstitucionalización.

Un resultado que en cierta medida resume el objetivo de la investigación es que los participantes fueron capaces de identificar sus derechos dentro de la sociedad desde un enfoque constructivo.

Y es que no podemos olvidar es que los enfermos mentales son seres humanos, que todos y cada uno de los hombres es digno de respeto como tal, que su vida es inviolable, su salud invaluable.³

Análisis general de las respuestas, a la luz de los objetivos de este estudio

Haber desarrollado el tema de los derechos de los enfermos mentales, constituyó una alternativa de investigación poco utilizada, aunque consideramos que muy útil y necesaria, para contribuir a modificar los enfoques discriminatorios que persisten sobre estas personas. Consideramos que se cumplieron los objetivos de la investigación pues se identificaron las opiniones que, sobre los derechos de las personas con diagnóstico de enfermedad mental, poseen los participantes en su condición de enfermos y usuarios de los servicios de salud mental. Resultó llamativo el hecho de que, a pesar de estar todos insertos en atención primaria y en procesos de rehabilitación, ninguno conocía el “Listado de derechos del paciente mental en Cuba” y la mayoría refirió no haber reflexionado nunca sobre sus derechos.

Conclusiones.

- Las personas con diagnóstico de enfermedad mental participantes en el estudio consideraron que el «Listado de derechos del paciente mental en Cuba» no ha sido difundido de forma adecuada y no se cumple en la práctica diaria.
- Los derechos propuestos por las personas participantes en la investigación fueron: derecho al respeto a la dignidad y no discriminación, al trabajo remunerado y al reconocimiento social que este conlleva, a participar en la toma de decisiones respecto al tratamiento, a una

verdadera confidencialidad, a una atención médica de excelencia y garantía de la libertad individual.

Recomendaciones.

La principal recomendación de esta investigación consiste en la exhortación a continuar propiciando espacios de reflexión sobre el tema del respeto a los derechos de las personas con diagnóstico de enfermedad mental.

Consideramos además que la temática debe ser discutida fuera del marco de la maestría, por quienes están implicados en la toma de decisiones que afectan a las personas con diagnóstico de enfermedad mental. ■

Bibliografía.

- 1) Torres Acosta R. Glosario de Bioética. La Habana: ECIMED; 2011. pp. 49.
- 2) APAL. Médicos, Pacientes, Sociedad. Derechos humanos y responsabilidad profesional de los médicos en documentos de las organizaciones internacionales. Buenos Aires: EDI-GRAF; 1998.
- 3) Pfeiffer ML. Bioética y derechos humanos: una relación necesaria. Revista Redbioética/UNESCO. 2011; 2(4): 74-84.
- 4) Martínez MC. Ética Psiquiátrica. Madrid: Edit. Descleé de Brouwer; 2002.
- 5) Ribot Reyes V. Propuesta de reformulación del "Listado de derechos del paciente mental en Cuba". Revista Latinoamericana de Bioética. 2010; 10(1): 84-95.
- 6) Cortina A. Código ético. Cuadernos. Centro de Bioética Juan Pablo II. 2012. Suplemento Nov-Dic: 1-4.
- 7) Amor Pan JR. Introducción a la Bioética. 2da edición. Madrid: PPC; 2005.
- 8) Ribot Reyes VC, García Pérez TC. Derechos del enfermo mental desde una perspectiva bioética. Bioética. Revista del Centro Juan Pablo II. 2012 ene-abr; 12(1):4-11.
- 9) Ribot-Reyes VC, García-Pérez

TC. Calidad de vida en pacientes esquizofrénicos tratados en atención primaria de salud. Rehabilitación Psicosocial. 2013; 10 (1): 25-29.

- 10) Barrientos del Llano G, Martínez Gómez C, Rodríguez Sánchez J, Valdés Mier M. La reorientación de la atención psiquiátrica en Cuba. En: Colectivo de autores. Enfoques para un debate en salud mental. La Habana: Conexiones; 1998. pp. 87-108.
- 11) López M, Laviana M, Fernández L, López A, Rodríguez AM, Aparicio A. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [Internet] 2008 [citado el 3 de junio de 2015]; 28(1). Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-7352008000100004&script=sciarttext&tlng=en>
- 12) Muñoz M, Guillén AI, Pérez-Santos E. La lucha contra el estigma de la enfermedad mental: razones para la esperanza. Rehabilitación Psicosocial. 2013; 10 (2): 10-19.
- 13) Organización Mundial de la Salud. Declaración de Helsinki. Lucha contra la estigmatización y la discriminación en relación con la enfermedad mental. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2005.
- 14) Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2013. Investigaciones para una cobertura sanitaria universal. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013.
- 15) Unión Europea. Libro Verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. Bruselas: Comisión de las Comunidades Europeas; 2005.
- 16) Muñoz M, Pérez-Santos E, Crespo M, Guillén AI. Estigma y enfermedad mental: Análisis del rechazo social que sufren

las personas con enfermedad mental. Madrid: Editorial Complutense; 2009.

- 17) Ottati V, Bodenhausen GV, Newman LS. Social psychological models of mental illness stigma. In: Corrigan PW, editor. On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change. Washington D.C.: American Psychological Association; 2005. pp. 99-128.
- 18) Rüsch N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. Eur Psychiat. 2005; 20:529-36.
- 19) Vaquero C, Escudero MA, Cebollero M, Ureña E, Saiz J. Enfermedad mental y estigma en jóvenes. Un estudio cualitativo. Rehabilitación Psicosocial. 2014; 11(2): 1-8.
- 20) Guinea R. Rehabilitación Psicosocial y Derechos Humanos. Rehabilitación Psicosocial. 2013; 10(2): 1-3.
- 21) Garrabé J. La psiquiatría de la persona. Salud Ment. [Internet] 2009 [citado el 3 de junio de 2015]; 32(5). Disponible en:) <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S018533252009000500001&script=sciarttext>
- 22) Quesada Rodríguez F. La Bioética y los derechos humanos. Una perspectiva filosófica sobre la justicia en la investigación científica y experimentación clínica con seres humanos. Medicina Legal de Costa Rica. 2013 sept; 30(2).
- 23) Amor Pan JR. Bioética y antropología: algunos elementos para la reflexión desde la realidad de las personas con retraso mental. En: Acosta Sario JR. Bioética para la sustentabilidad. La Habana: Publicaciones Acuario; 2002. pp. 395-416.
- 24) Casanova G. Vida humana: identidad y desarrollo. Cuadernos. Centro de Bioética Juan Pablo II. 2014; suplemento may/jun: 1-7.
- 25) Carrasco de Paula I. El concepto de persona y su relevancia

- axiológica: los principios de la bioética personalista. *Medicina y ética: Revista internacional de bioética, deontología y ética médica*. 2005; 16(3): 209-223.
- 26) Asamblea Nacional del Poder Popular. Constitución de la República de Cuba. Gaceta Oficial de la República de Cuba. La Habana; 2004.
 - 27) Sociedad Cubana de Psiquiatría. Proyecto de Ley de Salud Mental. En: Ordaz Ducunge EB, González Menéndez R, Alonso Rodríguez A, Galvizu Borrel A, Pérez González E. Regulaciones jurídicas, principios éticos y deontológicos en la salud mental en Cuba. La Habana: Hospital Psiquiátrico de La Habana; 1998.
 - 28) Zamora-Santiago J, Contreras-Cano IM, Sánchez-Martínez MP. Impacto de la formación laboral y empleo con apoyo en el autoconcepto de personas con enfermedad mental crónica o patología dual. *Rehabilitación Psicosocial*. 2014; 11(2): 17-21.
 - 29) Pérez del Río F. Márgenes de la psiquiatría. Desigualdad económica y enfermedad mental. *Norte de salud mental*. 2013; XI (45): 66-74.
 - 30) Harlem Brundtland G. Salud Mental en el siglo XXI. *Revista Futuros*. 2005; 11(3).
 - 31) López Álvarez M, Laviana Cuetos M, Álvarez Jiménez F, González Álvarez S, Fernández Doménech M, Vera Peláez MP. Actividad productiva y empleo de personas con trastorno mental severo. Algunas propuestas de actuación basadas en la información disponible. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* [Internet] 2004 ene-mar [citado el 2 de mayo de 2014]; 89. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352004000100004>
 - 32) Granda A, da Morales AL, Meige M, Ojeda M. Derechos de los enfermos mentales: una visión pictórica de pacientes. *Interpsiquis*. 5º Congreso Virtual de Psiquiatría. [Internet] 2004 [citado el 3 de julio de 2015]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10401/3241>
 - 33) Simón Lorda P, Rodríguez Salvador JJ, Martínez Moroto A, López Pisa RM, Judez Gutiérrez J. La capacidad de los pacientes para tomar decisiones. *Bioética para clínicos. Medicina Clínica*. 2001; 117(11).
 - 34) OMS. Normas para la atención de la Salud Mental. Diez Principios Básicos. Ginebra; 1996.
 - 35) Santirso R M. (coordinador versión en español) Legislación sobre salud mental y derechos humanos. Conjunto de guías sobre servicios y políticas de salud mental. Asturias: EDIM-SA; 2005
 - 36) Macklins R. Ethical principles. *Exp. Gerontol*. 1994 May-Aug; 29(3-4): 519-24.
 - 37) Sánchez González MA. El consentimiento informado: un derecho del enfermo y una forma distinta de tomar decisiones. *Cuadernos del Programa Regional de Bioética*. 1996 abr; (2): 78-96.
 - 38) Antomás J, Huarte del Barrio H. Confidencialidad e historia clínica. Consideraciones ético-legales. *Anales Sis San Navarra*. [Internet] 2011 ene-abr [citado el 4 de mayo de 2015]; 43(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272011000100008>
 - 39) Fernández Lamelas MA, Álvarez Rodríguez T, Ramiro Fernández JM, Martínez de Santiago S. El respeto a la intimidad. El secreto profesional en Enfermería. *Cuad. Bioet*. 2008; 19: 59-66.
 - 40) Iraburu M. Confidencialidad e intimidad. *An Sist Sanit Navar*. 2006; 29 Suppl 3: 49-59.
 - 41) Rojas O. Confidencialidad en psiquiatría. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2012; 23(5): 634-639.
 - 42) Artetxe A. Confidencialidad en psiquiatría. Una perspectiva desde la bioética. *Revista Colombiana de Psiquiatría* [Internet] 2007 ene-mar [citado el 3 de junio de 2015]; 36(1). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502007000100009
 - 43) González Menéndez R. Relación equipo de salud-paciente-familia. Aspectos éticos y tácticos. La Habana: Ecimed; 2005.
 - 44) Saraceno B. La rehabilitación psicosocial. En: Colectivo de autores. Enfoques para un debate en salud mental. La Habana: Conexiones; 1998. pp. 249-55.
 - 45) Peña Galbán L, Clavijo Portieles A, Bujardon Mendoza A, Fernández Chirino Y, Casas Rodríguez L. La psiquiatría comunitaria en Cuba. *Rev Cub Med Mil*. 2014; 43(1).
 - 46) Navarro D, Chévez A. Elementos esenciales en la Rehabilitación Psicosocial de personas con trastorno mental grave: opinión de los expertos mediante un estudio Delphi. *Rehabilitación Psicosocial*. 2014; 11(1): 6-16.
 - 47) Green SA. An ethical argument for a right to mental health care. *Gen Hosp Psychiatry*. 2000; 22: 17-26.
 - 48) Trucco M. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*. 2004; 42(2): 81-87.
 - 49) Morreim E. Cost containment: challenging fidelity and justice. *Hastings Center Report* 1988; 18: 20-25.