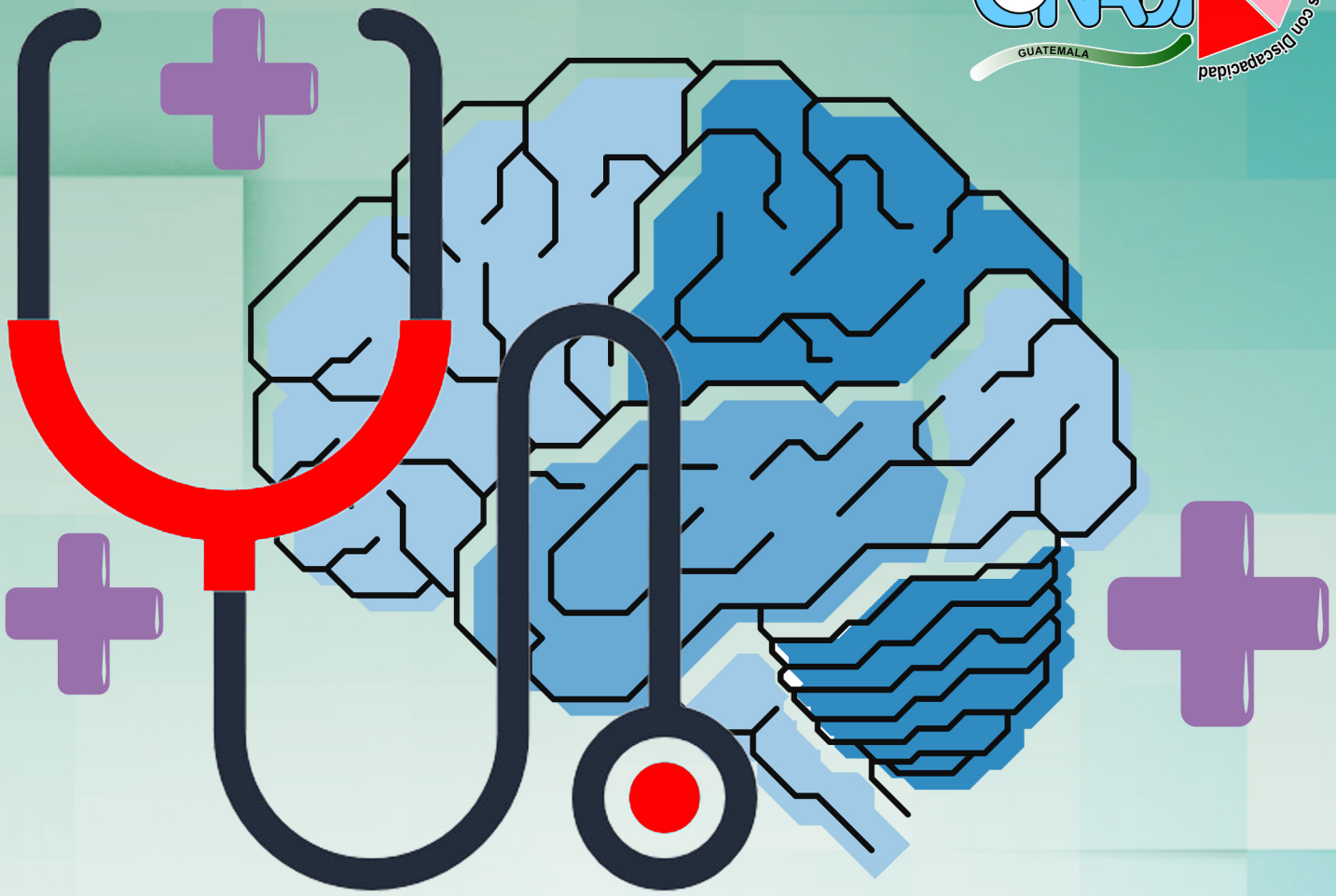
Consejo Nacional para la Atención de las Personas con Discapacidad

CONADI

GUATEMALA



Modelo de Atención en Salud Mental en Guatemala, funcionalidad del modelo actual, modelos alternativos de atención basados en Derechos Humanos.



Modelo de Atención en Salud Mental en Guatemala, funcionalidad del modelo actual, modelos alternativos de atención basados en Derechos Humanos.

Dra. Mayra Jeannette Recinos Bekker, Autora del documento original de consultoría
Documento Sintetizado por:
Consejo Nacional para la Atención de las Personas con Discapacidad (CONADI)



CONSEJO NACIONAL PARA LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD (CONADI)

Guatemala, octubre 2020

Introducción 4

Antecedentes 5

Justificación 6

¿Qué es la Salud Mental? 7

Instituciones públicas fundamentales en el abordaje de discapacidad y derechos humanos 8

Funcionalidad de modelo actual de salud mental en guatemala 14

Política y marco legislativo 15

Legislación principal 18

Instrumentos internacionales en apoyo a la salud mental 20

Convencion sobre los derechos de las personas con discapacidad y su protocolo facultativo 22

Observaciones finales del Comité de Expertos de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad sobre el informe de Guatemala 26

Presupuesto para el sector salud 27

Instituciones de servicio de salud mental en guatemala 29

Modelo gubernamental para la detección y atención a estudiantes con discapacidad intelectual y mental 30

Las adecuaciones curriculares 31

Clasificación de la discapacidad intelectual 32

Instituciones que apoyan a las personas con Necesidades Educativas Especiales 33

Modelo social e intercultural / alternativo de atención basado en derechos humanos 36

Propuesta de modelo alternativo en salud mental 36

Marco general 38

Redes integradas en salud 39

Recurso humano a nivel comunitario 40

"El modelo social de discapacidad" 41

Elementos importantes de tomarse en cuenta al establecer un modelo social sobre discapacidad 42

Niveles de atención 43

Factores sociales que se deben tomar en cuenta para la construcción de un modelo de salud mental público 44

Objetivos de desarrollo sostenible (ODS) 46

La relación de los objetivos con la discapacidad 46

Compromisos en materia de salud 47

Conclusiones 49

Glorario 50

Bibliografía 53

E-Grafía 55

INTRODUCCIÓN

La Salud Mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva, fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.[1] En los países como Guatemala se ha determinado que solo el 15% de la población tiene acceso a la atención de la salud mental.

Según el presupuesto del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, la atención directa a los servicios públicos refleja uno de los porcentajes más bajos de inversión, lo cual se ve limitado por la creciente población.

Según la Encuesta Nacional de Discapacidad en Guatemala (ENDIS 2016) los trastornos más comunes, como la depresión y ansiedad están relacionados con la pérdida de Salud Mental, produciendo mayor incidencia en la persona en condición de discapacidad a nivel nacional.

Guatemala reconoce a través de Comisiones relacionadas con Derechos Humanos, las deficiencias y/o debilidades en el sistema nacional de Salud Mental Pública centrada en el colectivo, a nivel comunitario, regional y nacional. Sin embargo, no existe un plan o modelo a seguir para mejorar la atención de salud mental integral. Son muchos los vacíos en el sistema actual, siendo los más vulnerables y afectados, la niñez y adolescencia; sumando a la ausencia de atención integral adecuada en salud mental, un problema secundario; la exclusión y estigma que esto genera a la población en condición de discapacidad con trastornos psicosociales.

El presente trabajo pretende generar un conocimiento y análisis crítico sobre el sistema vigente en Salud Mental Pública, sus alcances y limitaciones, el planteamiento hacia la necesidad de la creación de un modelo que permita favorecer la atención en salud mental basada en un modelo de atención integral del Sistema de Salud Pública renovado, basado en los derechos humanos y su sustento jurídico nacional e internacional.

[1] Organización Mundial de la Salud –OMS- https://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf

ANTECEDENTES

El Decreto No. 135-96, Ley de Atención a las Personas con Discapacidad, crea el Consejo Nacional para la Atención de las Personas con Discapacidad **(CONADI)**, como entidad autónoma, con personalidad jurídica, patrimonio propio y con carácter de coordinador, asesor e impulsor de políticas generales en materia de discapacidad.

Uno de los instrumentos jurídicos que constituye el marco que sustenta el accionar del CONADI, es la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo de las Naciones Unidas, ratificada por el Estado guatemalteco a través del **Decreto 59-2008** del Congreso de la República y que, el Ministerio de Relaciones Exteriores, el 17 de marzo del 2009, designa al CONADI, a través **Acuerdo Gubernativo No. 78-2009**, como el organismo gubernativo encargado las cuestiones relativas al cumplimiento y aplicación de la Convención, y teniendo como mandato rendir informes que, como país se le soliciten.

En el mismo orden, Guatemala, es Estado parte de la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad y es por ello la importancia y responsabilidad de verificar los niveles de implementación de esta normativa en la institucionalidad guatemalteca.

Guatemala, a través de CONADI, identifica los compromisos adquiridos ante los mecanismos de derechos humanos de las Naciones Unidas, basados en las observaciones y recomendaciones de país, como resultado del proceso de monitoreo y evaluación realizada en el año 2016, en materia de cumplimiento de las obligaciones contenidas en la Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo, ratificada por Guatemala.

JUSTIFICACIÓN

En el 2016 el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, de la ONU, emitió Observaciones finales sobre el informe inicial de Guatemala de acuerdo al cumplimiento de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo, se realizaron ochenta y dos observaciones, dentro de las cuales, específicamente: a la protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, la aplicación de las medidas cautelares que la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, determinó con respecto al **Hospital Nacional de Salud Mental Federico Mora,** en conformidad con los principios y mandatos de la Convención y las Observaciones Finales del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad sobre el informe inicial a Guatemala en el 2016 de Expertos de Naciones Unidas.

Además, le recomienda el establecimiento de un mecanismo independiente que supervise los centros de internamiento de personas con discapacidad, incluidos los centros donde se encuentran niños, niñas y adolescentes a fin de ofrecer prevención y protección contra actos que puedan considerarse como tortura y otros tratos y penas crueles, inhumanas y degradantes.

La información, datos y registros sobre la **atención integral** en salud mental de la población guatemalteca, son fundamentales para conocer el modelo de atención que el sistema de salud pública, aplica en la atención de la Salud Mental. Esto incluye la atención a la salud mental que se brinda a los niños, niñas y adolescentes con discapacidad que se encuentran institucionalizados; así como la atención que se brinda a los internos del Hospital Nacional de Salud Mental Federico Mora.

Por lo que se hace necesario contar con el servicio de un experto en Salud Mental para desarrollar acciones específicas que permitan conocer el modelo de atención en salud mental que actualmente se aplica en Guatemala, buscando promover modelos de atención integral en Salud Mental desde un enfoque del respeto a los derechos humanos y de desinstitucionalización.



¿QUÉ ES SALUD MENTAL?

La Salud Mental se entiende como un proceso de bienestar y desempeño personal y colectivo caracterizado por la autorrealización, la autoestima, la autonomía, la capacidad para responder a las demandas de la vida en diversos contextos: familiares, comunitarios, académicos, laborales y disfrutar de la vida en armonía con el ambiente. (Política Nacional de Salud Mental 2012-2021, Costa Rica).

INSTITUCIONES PÚBLICAS FUNDAMENTALES EN EL ABORDAJE DE DISCAPACIDAD Y DERECHOS HUMANOS

CONSEJO NACIONAL PARA LA ATENCION DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD (CONADI)

Es la institución que coordina, asesora, impulsa e incide en la aplicación de todas las políticas generales y de Estado, que asegura que se cumpla la debida protección y promoción de los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas con discapacidad en Guatemala. Cuenta con un plan estratégico institucional PEI 2016-2020.

El PEI, fue elaborado considerando la Política Nacional de Discapacidad, Decreto 16–2008, con el propósito de realizar un proceso de desarrollo sistemático y eficaz, cuenta con siete ejes estratégicos y once objetivos estratégicos, los cuales formulan las principales acciones que el CONADI desarrolló, tomando como base necesidades y hallazgos identificados en un diagnóstico institucional.

Encuesta Nacional de Discapacidad (ENDIS 2016)

El Consejo Nacional Para la Atención de las Personas con Discapacidad (CONADI), el Instituto Nacional de Estadística (INE), Christian Blind Mission International (CBM) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICE) presentaron en el 2017 los resultados de la **II Encuesta Nacional de Discapacidad (ENDIS 2016).**

De acuerdo a ENDIS 2016, el 10.2% de la población guatemalteca tiene algún tipo de discapacidad, es decir, cerca de 1.6 millones de personas. La prevalencia de discapacidad fue mayor en la región central 15.7%, noroccidente 14.9, nororiente 6.1%, suroriente 5.4%, suroccidente 10.4%.

Los resultados resaltan que en una de cada tres familias vive al menos una persona con discapacidad. Adicionalmente, la prevalencia de esa condición de vida incrementa con la edad, siendo así que el 5% de la niñez entre 2 a 17 años, posee alguna discapacidad. En los jóvenes y adultos de 18 a 49 años, la tendencia aumenta al 12% y en las personas mayores de 50 años, es el 26%.

LA COMISIÓN PRESIDENCIAL COORDINADORA DE LA POLÍTICA DEL EJECUTIVO EN MATERIA DE DERECHOS HUMANOS (COPREDEH)

La COPREDEH fue la responsable de asesorar al Presidente de la República en materia de derechos humanos, diseñar propuestas de política pública en el tema, monitorear compromisos y formar a los funcionarios en la misma línea, analizar e intervenir en las situaciones que atenten contra los defensores de derechos humanos y darle seguimiento a las recomendaciones de mecanismos internacionales de supervisión de casos. Fue creada el 12 julio de 1991.

Procuraduría de los Derechos Humanos (PDH)

La Procuraduría de los Derechos Humanos (PDH) nace a la vida institucional de Guatemala en la Constitución Política de la República de 1985 (artículos 273, 274 y 275), y sus funciones se desarrollan específica y ampliamente al promulgarse la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Congreso de la República y del Procurador de los Derechos Humanos (Decretos 54-86 y 32-87).

Es importante decir que de conformidad con la ley específica el Procurador de los Derechos Humanos es un Comisionado del Congreso de la República para la defensa de los derechos humanos, teniendo el deber de procurar la protección y promoción de los derechos humanos. Es un Magistrado de Conciencia y su fin es actuar en defensa de los derechos humanos de los habitantes de Guatemala. Para el cumplimiento de sus funciones todos los días son hábiles, no está supeditado a organismo, institución o funcionario alguno por lo que actuará con absoluta independencia.



GENERALIDADES DE LA SALUD MENTAL EN LAS AMÉRICAS Y LA SITUACIÓN DE GUATEMALA

El campo de la Salud Mental está evolucionando rápidamente en el mundo, en particular desde principios del siglo XXI, gracias a la colaboración de organizaciones multilaterales, asociados del ámbito académico, defensores de los pacientes, de los usuarios, y trabajadores de salud mental.

Algunos frutos de este esfuerzo conjunto son hitos como el Informe sobre la Salud Mental en el Mundo (OMS, 2001), Salud Mental y Desarrollo, el Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP), la serie de artículos sobre la Salud Mental en el mundo de The Lancet, el Mental Health Movement y otras iniciativas que dieron lugar a un mayor conocimiento sobre la carga de las enfermedades mentales y sobre lo que debe ser la respuesta basada en la evidencia.

Las enfermedades mentales se consideran cada vez más una prioridad mundial en materia de salud; dada su carga económica, también se las está empezando a considerar una prioridad de desarrollo mundial. Esta nueva priorización llevó a que se les incluya en los Objetivos de Desarrollo Sostenible y a un consenso mundial, respecto a que la campaña en pro de la cobertura Universal de Salud debe incluir la salud y el bienestar mental.

La transición epidemiológica está transformando el mundo: las enfermedades transmisibles y la mortalidad temprana solían determinar las necesidades mundiales en materia de salud, mientras que ahora dominan principalmente las enfermedades no transmisibles, la multimorbilidad y la supervivencia con discapacidad. En este sentido, se pone de manifiesto que las enfermedades mentales plantean un reto particularmente complejo: a pesar de su visibilidad cada vez mayor en la comunidad mundial de la salud y el desarrollo, el estigma estructural generalizado, las prácticas y los marcos desactualizados, así como, la fragmentación organizativa, afectan a la capacidad de evaluar, priorizar e invertir adecuadamente en las enfermedades mentales, y de responder a ellas en proporción a la carga, a la par con la salud física y de acuerdo con la evidencia sobre su eficacia y costo de efectividad.

La evaluación adecuada de las necesidades de la priorización, la inversión acertada y la respuesta apropiada, y las evaluaciones tradicionales de la carga de las enfermedades mentales, tienen limitaciones metodológicas que dan lugar a una subestimación de las enfermedades mentales, debido a cinco razones principales:

a) La separación arbitraria entre los trastornos psiquiátricos y los neurológicos.

b) La consideración del suicidio y del comportamiento auto lesivo como otra categoría aparte de las enfermedades mentales.

c) La combinación de los trastornos con síntomas somáticos dolorosos con los trastornos del sistema osteomuscular.

d) La exclusión de los trastornos de la personalidad; y

e) La consideración inadecuada de la contribución de las enfermedades mentales graves a la mortalidad por causas asociadas.

Cabe mencionar además, que la carga de enfermedad varía de región en región y a lo largo del tiempo, de modo que es necesario actualizar las estimaciones para que sean válidas. Es un hecho bien comprobado que el perfil de la carga de enfermedad difiere entre los países de ingresos bajos, medianos y altos, las poblaciones urbanas y rurales, los hogares de ingresos bajos y altos, los hombres y las mujeres, y los distintos grupos etarios.

Aunque no es científicamente posible abordar de forma simultánea todos estos determinantes, cada evaluación de las necesidades debe definir su alcance y las limitaciones en cuanto a su validez, tanto internas como externas.

En el ámbito público, los principales actores como proveedores de salud pública son el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), responsable de la gobernanza, así como de la prestación de servicios, y

y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), un sistema de seguridad social para la salud que cubre a los trabajadores del sector formal.

Los miembros de las fuerzas armadas guatemaltecas, están cubiertos a través del Servicio de Sanidad Militar, como rector de la Salud del Ejército. A pesar de un bajo nivel de cobertura de seguros médicos privados (menos de 5%), existen muchos y diversos actores que participan en el sector privado.

Esto incluye proveedores tanto con fines de lucro, como sin fines de lucro como lo son las ONG y organizaciones religiosas, y formas tradicionales y alternativas de medicina. Además de prestar servicios, el MSPAS es la principal dependencia regulatoria, responsable de la gobernanza del sector salud. Sin embargo, en la práctica, el MSPAS tiene poca influencia sobre el IGSS o el sector privado.

Tan solo 25 % de los guatemaltecos cuentan con algún tipo de seguro de salud. El MSPAS es, en teoría, responsable de prestar servicios al resto de la población, pero su cobertura efectiva es mucho menor. Las ONG prestan servicios a aproximadamente de un 18% de la población (Becerril-Montekio and López-Dávila 2011).



La salud mental, es parte importante de la atención integral en salud.

"No hay salud, sin salud mental".



Salud Mental en Guatemala





y Marco el Normativo Nacional

FUNCIONALIDAD DE MODELO ACTUAL DE SALUD MENTAL EN GUATEMALA

De acuerdo al Informe Mundial sobre la Discapacidad realizado por la Organización Mundial de la Salud –OMS- en el año 2011, en donde se plasma que más de dos mil millones de personas en todo el mundo viven en condición de discapacidad y la situación se vuelve más preocupante cuando la prevalencia de la discapacidad va en aumento por múltiples factores a nivel mundial, siendo los principales; **el aumento de enfermedades crónicas y las enfermedades mentales**, es importante mencionar que debido a la falta de oportunidades, desigualdad y discriminación, las personas con discapacidad son quienes tienen serias **dificultades para el acceso a la educación, salud, créditos, empleo, transporte y vivienda** lo que definitivamente incrementa la tasa de personas con discapacidad que pasa a ser parte de la población en situación de pobreza extrema[2]

El actual Modelo de Atención y Gestión en Salud del MSPAS, señala que presentó las actualizaciones de las "Normas de Atención en Salud Integral para primer y segundo nivel" para mejorar el funcionamiento de la red de servicios explicó que tanto el Modelo de Atención, como la actualización de Normas, están enfocados a fortalecer la gestión local, las acciones de vigilancia, la promoción y prevención de enfermedades.

Históricamente el Estado de Guatemala con relación al sistema de Salud Pública hay grandes brechas que están estrechamente relacionadas con los recursos financieros, humanos en el modelo de salud existente:

1. Bajo presupuesto para la salud
2. La distribución precaria del presupuesto
3. El atraso en la implementación de medidas administrativas que favorecen la transparencia.

[2] PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 2016-2020, adecuaciones 2017

4. El estancamiento en infraestructura y recursos humanos en el nivel primario de atención.

5. Las políticas implementadas bajo un modelo biomédico que deja por fuera los determinantes de la Salud Mental, (Sociales, económicos, biológicos, culturales, ambientales, de género, sistemas y servicios de salud).

6. La falta de atención a la discapacidad intelectual y las adicciones.

7. La unidad de pueblos y de género circunscrita a la salud reproductiva.

8. Inmersión en un modelo "Rehabilitador de la discapacidad".

POLÍTICA Y MARCO LEGISLATIVO

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

Una infraestructura sanitaria firme, es la estrategia de preparación más eficaz a largo plazo para abordar efectivamente los problemas de salud de una población.

Esto no solo incluye los sistemas sanitarios y sus recursos humanos, sino también la infraestructura legal para proteger la salud de cada país, es decir la elaboración de un marco legislativo y de políticas públicas que facultan, obligan y, en ocasiones, limitan la acción privada y del gobierno, sobre todo lo que se pretende implementar, no está en concordancia con las regulaciones de protección internacionales en derechos humanos.

Por lo tanto, la legislación también es una herramienta importante para el fomento y la protección de la salud integral. En este caso el MSPAS, y otros entes participantes en la temática, tienen funciones fundamentales en la legislación sanitaria[3]: desde el desarrollo de políticas, a través de su puesta en vigor, hasta la evaluación científica del impacto sanitario de las leyes.

A nivel Internacional, como Estado miembro de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Guatemala tiene la obligatoriedad de comunicar sus leyes y normativas de salud nacionales a este ente internacional, y adicionalmente, como país, que ratificó y aprobó la Convención sobe los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo, Guatemala debe armonizar cualquier ley con la misma.

Hay muchas formas de mejorar la calidad de vida de las personas con trastornos mentales. Una manera importante es a través de leyes, políticas, planes y programas que permitan gozar de contar con servicios integrales. Para implementar dichas políticas y planes, se necesita una legislación armonizada, es decir, leyes que sitúen a las Políticas y planes en el contexto de estándares de derechos humanos y buenas prácticas aceptadas internacionalmente[4].

Hay que resaltar que la existencia de la legislación de Salud Mental vigente no garantiza por sí misma el respeto y la protección de los derechos humanos. Irónicamente, en algunos países, en particular cuando la legislación no ha sido actualizada por muchos años, la legislación en Salud Mental ha resultado en la violación –en lugar de en la promoción– de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y psicosociales.

Esto se debe a que la legislación en Salud Mental Pública adoptada originalmente, tenía el propósito de proteger a la sociedad en general de pacientes considerados “peligrosos”, y de aislarlos, más que velar por los derechos de las personas con trastornos mentales como personas y como ciudadanos de derechos.

[3] La legislación sanitaria internacional o en salud global es el conjunto de normas legales procesos e instituciones de derecho internacional público (DIP), designados primordialmente para el logro de los mayores estándares de salud física y mental de la población mundial.

[4] Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación, 2006 Pág. xv

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

Otra legislación permitía la internación por largos períodos de personas con trastornos mentales que no representaba ningún peligro para la sociedad, pero que no podían cuidarse solas, y esto también significaba una violación a los derechos humanos. En este contexto, es interesante señalar que, aunque alrededor del 75% de los países del mundo tienen legislación de salud mental, solamente la mitad (el 51%) tiene leyes aprobadas después de 1990, y casi un sexto (el 15%) tiene legislación que data de antes de la década de 1960 (OMS, 2001a). Por ende, la legislación de muchos países está desactualizada y, como se ha dicho antes, en muchas instancias priva a la persona con trastornos mentales de sus derechos, en lugar de protegerlos.[5]

En Guatemala no existe aún una legislación que permita regular el internamiento de las personas con trastornos mentales. Sólo existe la normativa respecto a delitos, normado por el **Decreto No.5-92 Código Procesal Penal y el Decreto No. 17-93 Código Penal.** Estas medidas, buscan que la persona que padece de una enfermedad mental y hubiere cometido un delito pueda recuperar su salud y determinar si puede o no afrontar un proceso legal.

La percepción de la población del país respecto al sistema penitenciario y los Centros Especializados de Internamiento (como hospitales e institutos) es de Centros de Castigo, puesto que no cumple la premisa de la reinserción social.

[5] Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación, 2006 pág. 1

La filosofía que debería prevalecer, sería aquella donde las políticas públicas se orienten hacia un trato humano, que procure no incrementar la vulnerabilidad y, en la medida de lo posible, reducir sus niveles de reinserción social.

Lo anterior, evidencia que no existe marco legal que permita a las personas ser protegidos de decisiones tomadas muchas veces unilateralmente (por parte de Jueces) o que les excluya su atención de otros niveles de atención en salud (como hospitales generales), aduciendo que padecen de "enfermedades mentales y/o psicosociales".

En 1984 se crea el Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, por **Acuerdo Gubernativo No. 741-84**, en 1986 se logra contar con un Asesor directo en el Despacho Ministerial y se contratan diez psicólogos para iniciar el trabajo de salud mental en algunos Centros de Salud de la capital. En 1995 se forma el Grupo Multisectorial de Salud Mental, que aglutinó a más de 40 ONG organizándose el "I Encuentro Nacional de Salud Mental.

LEGISLACIÓN PRINCIPAL

Constitución Política de la República de Guatemala, 1945

Establece en el Artículo 53: "El Estado garantiza la protección de los minusválidos y personas que adolecen de limitaciones físicas, psíquicas o sensoriales. Se declara de interés nacional su atención médico-social, así como la promoción de políticas y servicios que permitan su rehabilitación y su reincorporación integral a la sociedad.

La ley regula esta materia y creará los organismos técnicos y ejecutores que sean necesarios". Y el Artículo 51, "Protección a menores y ancianos. El Estado protegerá la salud física, mental y moral de los menores de edad y de los ancianos. Les garantizará su derecho a la alimentación, salud, educación y seguridad y previsión social."

Decreto No. 90-97 Código de Salud del Misterio de Salud Pública y Asistencia Social.

Artículo 93. Derecho a la Salud. El goce de la salud es derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna.

Artículo 94. Obligación del Estado, sobre salud y asistencia social. El Estado velara por la salud y la asistencia social de todos los habitantes. Desarrollará, a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social.

Artículo 95. La salud, bien público. La salud de los habitantes de la Nación es un bien público. Todas las personas e instituciones están obligadas a velar por su conservación y restablecimiento.

Artículo 40. Salud Mental. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y las demás instituciones del Sector dentro de su ámbito de competencia, velaran por la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud mental, a nivel del individuo, la familia y la sociedad, a través de la red comunitaria e institucional, dentro del marco de atención primaria de salud y privilegiando los enfoques de atención ambulatoria.

Decreto No. 135-96 Ley de Atención a las personas con discapacidad y su Reglamento.

Establece el Artículo 1. "…se declara de beneficio social el desarrollo integral de las personas con discapacidad física, sensorial y/o psíquica (mental), en igualdad de condiciones para su participación en el desarrollo económico, social, cultural y político del país".

Artículo 45, "El Estado deberá desarrollar políticas sociales y económicas que garanticen a la persona con discapacidad, su desarrollo físico, social y mental en condiciones dignas".

Decreto No. 27-2003 Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia.

Establece en el Artículo 35. "Atención a la salud. Todos los centros de atención a la salud del país, tanto públicos como privados, están obligados a:

a) Posibilitar que el recién nacido tenga contacto con la madre al nacer y alojamiento conjunto con ella.

b) Diagnosticar y hacer seguimiento médico de los niños y niñas que nacieren con problemas patológicos y con discapacidades físicas, sensoriales o mentales, así como orientar a los padres de los mismos.

c) Crear programas especializados para la atención de niños, niñas y adolescentes que presenten **problemas patológicos y discapacidades físicas sensoriales y mentales.**

d) Controlar que el crecimiento y desarrollo del niño o niña no sea inferior a la edad cronológica del mismo y orientar a los padres, tutores o encargados para que tomen las medidas necesarias remitiéndolos a donde corresponda".

INSTRUMENTOS INTERNACIONALES EN APOYO A LA SALUD MENTAL

Convención sobre los Derechos del Niño

Establece los cuatro principios sobre los que se establece la Convención son la no discriminación, la primacía del interés superior del menor, la garantía de la supervivencia y el pleno desarrollo, y la participación infantil.

La Convención sobre los derechos del niño, tiene 54 artículos en los que desarrolla, entre otros, el derecho de los niños y niñas a la protección contra todo tipo de violencia y explotación, a la educación, al más alto nivel posible de salud, y a beneficiarse de políticas sociales que garanticen un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social.

Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad.

Artículo II “Los objetivos de la presente convención son la prevención y eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad y propiciar, su plena integración a la sociedad”.

Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo.

Establece en el Artículo 1, “El propósito de la presente Convención es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales para todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente.

Las personas con discapacidad incluyen a aquellas **que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales** a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”.



CONVENCION SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SU PROTOCOLO FACULTATIVO

Los principios de la presente Convención serán: El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas; La no discriminación; La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad; El respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con la igualdad de oportunidades; la accesibilidad; La igualdad entre el hombre y la mujer.

El respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad. Son temas de relevancia, que deben revisarse antes de promover cualquier tipo de ley nacional, y realizar los cambios pertinentes a fin de garantizar el pleno goce y protección de los derechos humanos de las personas con discapacidad mental y psicosocial.

En ese sentido, la Convención genera disposiciones en materia de discapacidad desde una perspectiva de derechos humanos y, por tanto, exige a los Estados Partes adaptar la normativa nacional a la internacional, fomentando la igualdad, después de una larga historia de discriminación, y tratar a las personas con discapacidad no como víctimas o miembros de una minoría, sino como titulares de derechos claramente definidos.

La Convención es un instrumento internacional vinculante que, a través de medidas contra la discriminación y acciones positivas diseñadas específicamente para evitar los casos de marginación de las personas con discapacidad, busca garantizarles condiciones de igualdad, de oportunidades, acceso a servicios y pleno goce de sus derechos.

En la Convención se estableción la obligación de los Estados de actuar en el ámbito de la prevención, tomando medidas que les permitan identificar los factores generadores de la discriminación y de las principales violaciones de que son objeto las personas con discapacidad, con la intención de trabajar para remover los obstáculos que les impiden ejercer plenamente sus derechos.

Se trata de impulsar el compromiso con la igualdad de oportunidades en todos los ámbitos de la vida cotidiana, manifestado en un primer momento el traslado a un ámbito concreto de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, ya reconocidos internacionalmente, a fin de eliminar las barreras específicas que enfrentan las personas con discapacidad y, con ello, asegurarles el ejercicio efectivo de sus derechos y libertades.

Sin embargo, se ha incumplido este mandato con acciones contrarias a los compromisos de la Convención, y en el plano jurídico específicamente en restarle la importancia a la aprobación de la armonización del Decreto 135-96, ley de atención a las personas con discapacidad y revisión e implementación de la Ley sobre Salud Mental.

Es menester enfatizar que al ratificar la Convención, los países se obligan a promulgar, reformar o derogar la normativa vigente, a fin de armonizar jurídicamente los derechos de las personas con discapacidad, y a adoptar todas las medidas necesarias para abolir las costumbres y prácticas que las discriminan.

Algo importante de señalar es que la Convención no suple a los demás tratados: sigue y complementa el sistema internacional de los derechos hu¬manos, regulando situaciones específicas de discriminación y desigualdad que enfrentan las personas con discapacidad.

Principios que orientan la aplicación de la Convención a nivel mundial:

1. El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas.

2. La no discriminación, como principio rector de la Convención, hace que todos los derechos reconocidos por esta sean garantizados sin distinción, exclusión o restricción por motivo alguno.

3. La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad, es decir, asegurar que la sociedad se organice para que todos sus integrantes intervengan en igualdad de condiciones en el

desarrollo social y en la toma de decisiones que les afectan.

4. El respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humana.

5. La igualdad de oportunidades, asegurando las condiciones sociales que conduzcan a respetar la diferencia, subsanar las desventajas y garantizar la inclusión de las personas con discapacidad en la comunidad.

6. La accesibilidad

7. La igualdad entre hombre y mujer

8. El respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad, alude tanto al crecimiento y al desarrollo humano (su evolución biopsicosocial), como a la identidad y a la vida en familia. Sin la inclusión de este principio, indispensable para el desarrollo emocional, personal, mental, social y físico pleno de los menores, sería difícil considerar congruente el texto de una Convención de las características y expectativas de esta, o evaluar verdaderamente eficaz su aplicación.





OBSERVACIONES GENERALES SOBRE DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

OBSERVACIONES FINALES DEL COMITÉ DE EXPERTOS DE LA CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD SOBRE EL INFORME DE GUATEMALA

En el caso Guatemala, el Comité en su último informe: muestra su preocupación por el alto número de niños y adultos con discapacidad detenidos en instituciones.

El Comité, está particularmente preocupado por el caso de las personas recluidas en el **Hospital Nacional de Salud Mental Federico Mora**, quienes se encuentran segregados de manera indefinida. Además, expresa también su preocupación en relación con un gran número de niños y niñas que hoy se encuentran resguardados por orden judicial en instituciones, muchos de los cuales tienen una condición de discapacidad.

El Comité nota con preocupación la falta de servicios diseñados para satisfacer sus necesidades en las comunidades locales a fin de que las personas con discapacidad puedan vivir de forma independiente.

Además, al Comité le preocupa la falta de apoyo a las familias de los niños y niñas con discapacidad intelectual y psicosocial, para asegurar que puedan permanecer en el entorno familiar.

El Comité recomienda al Estado Parte a:

a) Definir urgentemente una estrategia de desinstitucionalización para personas con discapacidad, con plazos, recursos suficientes y medidas de evaluación específicas;

b) Asignar recursos suficientes para el desarrollo de servicios de apoyo incluyendo la asistencia personal en las comunidades locales que permitan a todas las personas con discapacidad, independientemente de su discapacidad, el género o la edad, elegir libremente con quién, dónde y en qué modalidad de convivencia vivirán;

c) Proporcionar apoyo a las familias de niños y niñas con discapacidad para impedir la desintegración de la familia y su colocación en instituciones;

d) Abolir la colocación de niños y niñas de todas las edades bajo el cuidado de instituciones.

PRESUPUESTO PARA EL SECTOR SALUD

"A la vez, necesitamos analizar otros mecanismos de financiamiento para poblaciones que están desprotegidas por formar parte de la economía informal y campesina. Nuevas fuentes de financiamiento serán necesarias si se busca extender la cobertura y asignar mejor los recursos, en respuesta al amplio abanico de demandas de atención. El estudio del espacio fiscal, los análisis para identificar oportunidades de eficiencia en el sistema de salud, las alianzas público- privadas, son algunas de las iniciativas que requieren preparación en el corto plazo" (MSPAS, 2018).

El presupuesto para el Sector Público de Salud está constituido por las asignaciones presupuestarias del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), desde el gobierno central.

Para el ejercicio fiscal 2018, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social contó con un presupuesto vigente de Q7, 005 millones y Q8, 277 millones en el año 2019.

El presupuesto del presente año 2020 del MSPAS se contempló de la siguiente manera:

- Mejorar las prácticas de administración financiera;
- La movilización de recursos al sector salud, y;
- La planeación e implementación de una reforma del financiamiento para la salud que incremente la protección contra riesgos financieros y reduzca el gasto de bolsillo.

Para implementar estas recomendaciones se requiere la creación de condiciones que lo propicien, definir los roles específicos que deberán desempeñar las diversas partes interesadas, considerar opciones de financiamiento, y revisar las disposiciones legales actuales.

La estrategia de inversión es una inversión pública mixta. Se plantea que cada año el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, construya 200 puestos de salud, alternando entre cada grupo de área de salud. Se estima que esta es la capacidad teórica instalada máxima que tiene la institución en tanto su capacidad administrativa y técnica. Pero, adicionalmente, se debería alcanzar acuerdos con los Consejos Comunitarios Desarrollo (COCODES), para que estos construyan al menos 01 Puesto de salud por año.

Para contar con Centros de Salud, Centros de Salud Ampliados, Centros de Salud Ampliados con Capacidad Quirúrgica Mayor Ambulatoria, se debería realizar una negociación con los poderes locales, de modo que cada municipalidad se comprometa a construir al menos 01 centro de salud adicional en sus localidades (en pocos casos, se requiere que construyan 2 ó 3 adicionales, los cuales podrían espaciar en un rango de cada 3 años).

A cambio, el Ministerio cerraría la brecha de todos los Centros de Salud Ampliados y Centros de Salud Ampliados con Capacidad Quirúrgica Mayor Ambulatoria en sus territorios.

INSTITUCIONES DE SERVICIO DE SALUD MENTAL EN GUATEMALA

En Guatemala un bajo porcentaje de los gastos en atención de salud a nivel gubernamental, por parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social están dirigidos a la salud mental.

En materia de instituciones dedicadas exclusivamente a la salud mental, existe una institución de origen público, la que se dedica a la atención de personas con trastornos mentales y ofrece tratamiento ambulatorio e internamiento, el Hospital Nacional de Salud Mental Federico Mora, ubicado en la ciudad capital. Fuera de esta institución se cuenta con 9 Instituciones Hospitalaria que a partir de 2015 se encuentran ofreciendo servicio de atención Psiquiátrica de Consulta Externa en el interior del país.

Existen aproximadamente **160 psiquiatras** en todo el país, de los cuales el 94% se encuentra ejerciendo en la capital, y trabajando a nivel privado, esto no permite la equidad en el acceso a la salud integral para el área rural.

Establecimientos de Salud Mental ambulatorios

Existen 40 establecimientos de Salud Mental ambulatorios disponibles en el país, de los cuales únicamente hay en seis Hospitales Nacionales, una clínica de atención a la adolescencia, la cual cuenta con psicología.

Establecimientos de Tratamiento Diurno

Existe dos Hospitales de tratamiento diurno (UTD) disponible en el país, que atiende exclusivamente a población adulta.

Unidades psiquiátricas en Hospitales Generales

Existen dos unidades psiquiátricas en hospitales generales, disponibles en el país para un total de 0.06 camas por cada 100,000 habitantes. Hospital Nacional de Salud Mental Dr. Federico Mora y Centro de Atención Integral de Salud Mental IGSS.

Hospitales psiquiátricos

En cuanto a los hospitales psiquiátricos disponibles en el país se registran un total de 2 que en conjunto aportan 2.6 camas por cada 100,000 habitantes.

MODELO GUBERNAMENTAL PARA LA DETECCIÓN Y ATENCIÓN A ESTUDIANTES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y MENTAL.

Siendo la Educación uno de los pilares fundamentales para el desarrollo del ser humano y por consiguiente la base del bienestar en todos sus ámbitos, es necesario que cuente con el apoyo adecuado y suficiente.

Dentro del sistema educativo nacional, existen grupos de estudiantes que necesitan de una atención especializada, debido a que poseen características físicas, biológicas o cognitivas diferentes y que dificultan su proceso normal de aprendizaje; el Ministerio de Educación de Guatemala (MINEDUC), cuenta con la Dirección de Educación Especial (DIGEESP), que se dedica a coordinar las actividades relacionadas condición de discapacidad dentro del sistema educativo nacional.

La DIGEESP, cuenta con profesionales de la Educación Especial, distribuidos en todo el territorio nacional en cada una de las Direcciones Departamentales de Educación, siendo estos: Coordinadores de Educación Especial, teniendo a su cargo a los Asesores Pedagógicos Itinerantes de Educación Especial, quienes a su vez son los encargados de atender directamente a las instituciones educativas que requieren de sus servicios.

En el MINEDUC existe la figura del Psicólogo, como asesor psicopedagógico, siendo su función principal la de dar seguimiento a alumnos con bajo rendimiento asociados a problemas de conducta y/o emocionales en los establecimientos donde son nombrados, no forman parte de le DIGEESP.

En la actualidad el MINEDUC, brinda atención a estudiantes en condición de discapacidad en las aulas regulares a través de la DIGEESP, siendo los docentes de grado los responsables directos, para lo cual se apoyan del -Manual de Atención a las Necesidades Educativas Especiales en el Aula.

Cabe resaltar que en las escuelas regulares, los alumnos en condición de discapacidad, son atendidos por docentes regulares, es decir, docentes con poco y/o ningún conocimiento o preparación académica específica para el efecto, así mismo, el docente es quien realiza las adecuaciones curriculares respectivas y elige las competencias que considera puede alcanzar el alumno. No es de carácter obligatorio que los alumnos sean diagnosticados por algún especialista.

LAS ADECUACIONES CURRICULARES

Las adecuaciones curriculares son el conjunto de adaptaciones que se realizan en los contenidos de enseñanza al aprendizaje, indicadores de logro, actividades, metodología y evaluación para atender a las dificultades que se les presenten a los niños y niñas en el contexto donde se desenvuelven.

Mediante las adecuaciones curriculares se pretende brindar un apoyo adicional a los estudiantes, que así lo requieran, con el objetivo primordial de alcanzar las competencias de enseñanza.

Estas adecuaciones deben tomar en cuenta las características del educando, sus intereses, motivaciones y habilidades. En base a los requerimientos individuales para cada estudiante, deben realizarse las adecuaciones en metodología, actividades de enseñanza y aprendizaje, organización de los espacios escolares, materiales didácticos, bloques de contenido y sistema de evaluación.

Al momento de hacer las adecuaciones, lo único que no puede sufrir cambios son las competencias establecidas para cada grado, debido a que estas constituyen los grandes propósitos de la educación en el nuevo diseño curricular para el Sistema Educativo de Guatemala.

Existen dos tipos de adecuaciones curriculares:

1. De acceso al currículo
2. De los elementos básicos de currículo

CLASIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL

La discapacidad intelectual puede clasificarse en cuatro niveles, según el Manual de Diagnóstico y Estadista de los Trastornos Mentales, - DSM-5-, siendo estos:

- Discapacidad intelectual leve
- Discapacidad intelectual moderada
- Discapacidad intelectual profunda

La atención a Discapacidades o Necesidades Educativas Especiales, está principalmente dirigida a los niveles de Pre Primaria y Primaria, teniendo como objetivo principal, formar personas socialmente funcionales y con la capacidad de desenvolverse adecuadamente por si solas, por lo tanto, existe poca atención a la consecución de las competencias más complejas propuestas en los niveles de educación básica y diversificada, según el Currículo Nacional Base.

Cabe mencionar que, en los niveles de educación básica y diversificada si existe atención a las Necesidades Educativas Especiales, aunque con menor apoyo institucional.

INSTITUCIONES QUE APOYAN A LAS PERSONAS CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES

- MINEDUC / Aulas recurso,
- FUNDABIEM ,
- Instituto Neurológico de Guatemala,
- Centro de Capacitación Ocupacional, Secretaria de Bienestar Social de la Presidencia (SBS),
- Fundación Margarita Tejada, Síndrome de Down,
- Universidad de San Carlos de Guatemala, Centro Psicológico Mayra Vargas Fernández (ISIPs),
- Universidad del Valle de Guatemala,
- Centro de Educación Especial “Alida España de Arana” de la Secretaría de Bienestar Social de la Presidencia (SBS),
- Fundación Padres y Amigos de Personas con Discapacidad (FEDEGUAPA),
- Consejo Nacional para la Atención de las Personas con Discapacidad (CONADI),
- Asociación del niño por el niño (ANINI),
- Asociación Guatemalteca de Espina Bífida,
- Asociación de Capacitación y Asistencia Técnica en Educación y Discapacidad (ASCATED),
- Fundación Guatemalteca para Niños con Sordo ceguera Alex (FUNDAL).

MODELO SOCIAL E INTERCULTURAL / ALTERNATIVO DE ATENCIÓN BASADO EN DERECHOS HUMANOS.

La legislación sobre salud mental integral[6] es imprescindible debido a la vulnerabilidad específica de las personas con trastornos mentales. Esta vulnerabilidad existe por dos motivos. En primer lugar, los trastornos mentales pueden afectar a las personas en su modo de pensar y a sus conductas, así como a su capacidad para proteger sus propios intereses y, en ocasiones excepcionales, a su capacidad para tomar decisiones. En segundo lugar, las personas con trastornos mentales se enfrentan a la estigmatización, a la discriminación y a la marginalización en la mayor parte de las sociedades.

Por lo tanto, como una estrategia mundial las Naciones Unidad, formuló la Convención sobre los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo, ratificado por el Estado de Guatemala con el Decreto 59-2008.

A partir de allí, se inicia a repensar la salud mental como un referente importante de discapacidad social, definida como: "las personas con diagnóstico de trastorno mental que han sufrido los efectos de factores sociales negativos, como el estigma, la discriminación y la exclusión" (OMS, 2018).

Proporcionando un viraje importante en el inicio de la comprensión de los problemas que afectan la salud mental como un tema de derechos humanos, formulándose el concepto de **Discapacidad Psicosocial**, que se define como aquella que puede derivar de una enfermedad mental y está compuesta por factores bioquímicos y genéticos. No está relacionada con la discapacidad cognitivo-intelectual y puede ser temporal o permanente. Algunos ejemplos son la depresión, la esquizofrenia, el trastornos bipolar, entre otros.

[6] Se conoce como salud mental integral al estado de bienestar ideal, el cual se logra únicamente cuando existe un correcto balance entre los factores físicos, emocionales, espirituales, biológicos y sociales. Es de esta forma que las personas logran crecer en todos los ámbitos de la vida y por lo tanto se sienten sanos tanto físico como mentalmente, además de que tendrán plena felicidad.

Propuesta de Modelo Alternativo en Salud Mental



¿QUÉ ES UN MODELO DE SALUD?

Invariablemente un modelo debe incluir la estrategia de fortalecimiento de la Declaración de Alma-Ata (OMS/UNICEF, 1978); donde La Conferencia reitera firmemente que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud. La atención primaria de salud, es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad.

Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

Sin embargo, desde la Declaración de Alma-Ata han surgido nuevos conocimientos a partir de los cuales es posible generar modelos de salud con nuevos énfasis y atributos, el Modelo de Salud se expresa en forma de interrelaciones entre los problemas detectados, los objetivos propuestos, los principios operativos requeridos, los atributos de la atención que serán necesarios y puede ser una búsqueda de excelencia en la articulación entre el financiamiento, la prestación garantizada de servicios y una adecuada utilización a corto, mediano y largo plazo que satisfaga las necesidades en salud de los usuarios.

Los principales efectos que afectarían la sostenibilidad de un modelo son:

1. El gasto operacional excesivo.
2. La creciente demanda de servicios por parte de los usuarios.
3. El bajo presupuesto en salud.

Los modelos de salud son una construcción necesaria del sector salud de los postulados de la vertiente institucional de la economía, de la promoción de la salud pública y de la vertiente de la gestión integral de administración.

En los mismos, se establecen las modalidades de atención, el tipo de recurso humano que otorga la atención; se determina el tipo de servicios que se entregarán por nivel y los recursos necesarios para ello. Ambos sistemas requieren para el funcionamiento óptimo: personal; financiación; información; suministros; economías de escala; transportes y comunicaciones; una orientación y una dirección generales.

Las redes integradas de servicios se perfilan como una propuesta funcional para el desarrollo óptimo de estas funciones, ya que sus elementos constitutivos son los mismos.

El derecho a la salud exige acercar la salud mental integral a la atención primaria y la medicina general, integrando la salud mental con la salud física en los ámbitos profesional, político y geográfico. Esto no consiste solamente en incorporar los servicios de salud mental a la atención de la salud general para que sean accesibles a todo el mundo, sino que es un medio de asegurarse de que grupos enteros de personas que tradicionalmente han estado apartados de la atención de la salud general, incluidas las personas con discapacidad, reciban atención y apoyo en igualdad con las demás personas.

La salud mental integral es una cuestión que atañe a todos y, en caso necesario, debería haber servicios disponibles y accesibles en todos los niveles de la atención primaria y especializada, intervenciones psicosociales esenciales.

MARCO GENERAL

Para hablar de un modelo de salud mental, no podemos dejar de partir de las generalidades de en modelo de salud integral, para luego determinar lo específico desde lo mental.

Todo modelo debe tener como premisas insoslayables el derrumbe de las barreras de las Políticas Públicas que no han funcionado hasta ahora y que están relacionadas con muchas barreras sociales que limitan el acceso de las poblaciones a la salud integral, siendo esta un derecho contemplado en todo el marco legislativo nacional e internacional, suscritos en materia de salud integral y derechos humanos. Las políticas que promueven la cobertura universal, no pueden ser posibles si no se contemplan los determinantes Sociales, económicos, biológicos, culturales, ambientales, sistemas, servicios de salud y de género.

Sin nuevos acuerdos y acciones desde el ámbito político, los compromisos que permitan reducir las inequidades y el aumento de la atención de las personas con discapacidad psicosocial no serán posibles.

Los guatemaltecos desde Estado y sociedad civil, debemos participar para el cumplimiento de estos compromisos y avances que se requieren.

Un modelo de salud mental integral debe concebirse como un derecho humano que responda a los determinantes sociales y políticos. Abarca más allá de la propuesta inicial de la Alma-Ata que sin dejar por un lado su poderoso valor desde 1978, es momento de tomarla, pero emanciparse a los tiempos actuales son tomas de decisiones sociales y políticas, ya que por sí sola la salud no puede excluirse de compromisos legislativos, financieros, y políticas transparentes, inclusivas y basadas en derechos humanos.

Solucionar la inequidad en la distribución que existe en la localización del personal médico especializado, de tal manera que esté acorde con el panorama epidemiológico y la distribución geo-demográfica de la morbilidad en el territorio nacional.

Otro aspecto para abordar, lo constituye la necesidad de aumentar el financiamiento en la búsqueda de la equidad y la eficiencia de los

sistemas de salud pública. La región ha aumentado el gasto público en este sector, pero a un ritmo pausado que no ha logrado alcanzar el 6% del PIB.

El nivel de desarrollo económico de un país, no ha sido garantía de aumento del gasto público en salud ni del logro de una salud universal. Junto a la necesidad de incrementar el gasto, existe la tarea de hacer más racional la inversión de los recursos de los que se dispone y de evitar que se disipen los existentes debido a la ineficiencia.

Las políticas de salud pública, abarcan una serie de problemas relacionados entre sí, incluyendo la financiación de la asistencia sanitaria, salud pública, salud preventiva, enfermedades crónicas, la discapacidad, la atención a largo plazo y la salud mental, esto requiere de cierta estabilidad y permanencia para que surtan efectos. Es por ello que el sector de salud pública en Guatemala debe poder sustraerse en la mayor medida posible de su vulnerabilidad ante los ciclos económicos.

REDES INTEGRADAS EN SALUD

El MSPAS desde el 2017 está elaborando la estrategia con el fin de integrarla al sistema nacional de salud, con la necesidad que formule marcos conceptuales y analíticos, herramientas, metodologías, así como guías que faciliten el establecimiento, ejecución, vigilancia y evaluación de las redes integradas de servicios de salud.

Desde el análisis de la salud pública, se percibió la necesidad de continuar evitando la fragmentación de los servicios en el Sistema Nacional de Salud Pública, por lo que se debe elaborar un plan de acción que busque impulsar el establecimiento de redes integradas de servicios de salud, con un enfoque de salud familiar y comunitaria como modalidad preferencial de prestación de servicios de salud dentro del país; promoviendo la formación y gestión de los recursos humanos compatibles con la misma.

En ese sentido, es la atención a la salud integral y la condición de discapacidad mental y cognitiva que también debe abordarse y elaborar las redes necesarias para su óptima atención.

Desde que la declaración de Alma-Ata en 1978 estableció la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos y pueblos del mundo para proteger y promover la salud, se ha buscado crear un mecanismo que permita utilizar los métodos y tecnologías prácticos científicamente fundados y socialmente aceptables para poner la asistencia sanitaria esencial al alcance de toda la población.

De igual forma, planteó la exigencia de autorresponsabilidad y participación del individuo-comunicado en la planificación, organización, funcionamiento y control de la atención primaria de salud, para poder obtener los mejores resultados de los recursos locales y nacionales, así como los sistemas integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados.

Dada la complejidad de integrar a todos los actores y funciones, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) presentó las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) como una de las principales expresiones operativas del enfoque de la Atención Primaria en Salud (APS), a nivel de los servicios de salud, para hacer realidad la cobertura y el acceso universal, el primer contacto, la atención integral, integrada y continua, el cuidado apropiado, la organización y gestión óptimas, la orientación familiar y comunitaria, y la acción intersectorial, entre otros"[7].

RECURSO HUMANO A NIVEL COMUNITARIO

Además del Recurso Humano del Sistema de Salud Pública constituido por estudiantes de medicina que realizan su Ejercicio Profesional Supervisado (EPS) y enfermeras auxiliares que atienden en los Puestos de salud.

En el segundo nivel de atención se brinda psicología, en donde deberían estar incluidos: organizaciones comunitarias, comités de salud, Consejos Comunitarios de Desarrollo (COCODES), Consejos Municipales de Desarrollo (COMUDES), redes de facilitadores comunitarios del área

[7] https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/redes-de-servicios-de salud?state=published#:~:text=En%20M%C3%A9xico%2C%20estos%20ideales%20fueron,hasta%20ser%20consolidados%20por%20el

de salud, comadronas tradicionales, comisiones de salud, y todas las formas de organización comunitarias que tengan por objetivo restablecer la salud mental de las poblaciones que atienden. Todos estos grupos constituyen elementos importantes del sistema de salud del país que hasta ahora no han logrado ser integrados efectivamente al Sistema Nacional de Salud Pública.

"EL MODELO SOCIAL DE DISCAPACIDAD"

Históricamente las personas con discapacidad mental e intelectual han sufrido de persecución, exclusión, y menosprecio, se han visto sometidas desde tiempos muy antiguos a estas condiciones de vida. El modelo social, por el contrario, insiste en que las personas con discapacidad pueden aportar a la sociedad en igual medida que el resto de las personas (sin discapacidad).

Este modelo se encuentra íntimamente relacionado con ciertos valores intrínsecos a los derechos humanos, y aspira a potenciar el respeto por la dignidad humana. El modelo social de la discapacidad, promueve la igualdad y la libertad personal, propiciando la inclusión social, y sentándose sobre la base de determinados principios: vida independiente, no discriminación, accesibilidad universal, entornos accesibles, diálogo civil, entre otros.

Así mismo, apunta a la autonomía de la persona con discapacidad para decidir respecto de su propia vida, y para ello se centra en la eliminación de cualquier tipo de barrera, a los fines de brindar una adecuada equiparación de oportunidades.

El modelo social se plantea algunos objetivos fundamentales.

1. Esbozar una descripción de las características esenciales prevalecientes en el tratamiento hacia la persona con discapacidad, con el propósito de llegar a un mejor entendimiento del modelo y de nuestra realidad actual.

2. Analizar las razones teóricas que han llevado a justificar el modelo que brinda mejores respuestas a las necesidades de las personas con discapacidad (esto es, el modelo social), a la vez que indagar sobre las conexiones existentes entre éste y su plasmación en el Derecho internacional a través de la consideración de la discapacidad como una cuestión de derechos humanos.

3. Se centra en analizar si la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo ha plasmado de manera efectiva dicho modelo social.

ELEMENTOS IMPORTANTES DE TOMARSE EN CUENTA AL ESTABLECER UN MODELO SOCIAL SOBRE DISCAPACIDAD

Niñez: EL modelo social prohíbe la institucionalización por razón de discapacidad; y por otro la necesidad de reconocer la capacidad en evolución de los niños y niñas con discapacidad en el ejercicio de sus derechos, como así también el derecho a expresar libremente sus opiniones sobre las cuestiones que los afectan, y que dichas opiniones sean tenidas debidamente en cuenta en función de su edad y madurez.

Igualdad: Una de las premisas fundamentales del modelo social de discapacidad se basa en que todas las personas poseen ese valor, sino también que son intrínsecamente iguales en lo que se refiere a su valor, más allá de cualquier diversidad mental e intelectual. Apelar a la igualdad no equivale a decir que no existan diferencias entre las personas, sino más bien que una sociedad que respeta el principio de igualdad

es aquella que adopta un criterio inclusivo respecto de las diferencias humanas, y las tiene en cuenta en forma positiva.

NIVELES DE ATENCIÓN

Lograr que todos los niveles de los sistemas de salud integral existentes sean más inclusivos y que los programas de salud pública sean accesibles a las personas con discapacidad, esto permitirá reducir las desigualdades y las necesidades no satisfechas en la esfera de la salud mental, Y lo más fundamental es el cambio de paradigma desde un modelo biomédico a un modelo social. Este modelo hasta hoy no ha sido reconocido ni implementado por el Estado de Guatemala, y que es el único que puede ir en concordancia con la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo (CDPD) y por lo tanto basado en la protección, y promoción de los derechos humanos de las personas con discapacidad física e intelectual.

Primer Nivel

La promoción y la prevención de la salud integral, es la estrategia esencial en los programas de salud mental en el primer nivel de atención, esta es entendida como la transformación de la determinación y las condiciones sociales de la salud, debe articular acciones de educación, seguridad, ambiente, vivienda y saneamiento básico, municipalidades, entre otros.

Segundo Nivel

Prevención y Atención, se trata de intervenciones esenciales, que logran resultados positivos en materia de salud integral y protegen a las personas de una medicalización más invasiva y potencialmente nociva. Lo importante es que pueden incluir intervenciones básicas, de bajo costo y corto plazo proporcionadas en centros de atención de la salud Pública de ámbito comunitario.

Tercer Nivel:

Rehabilitación, este nivel de atención, debe cambiar de un concepto biomédico basada en los tratamientos exclusivamente farmacológicos a un modelo de intervención psicosocial y de respeto a los derechos humanos.

FACTORES SOCIALES QUE SE DEBEN TOMAR EN CUENTA PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UN MODELO DE SALUD MENTAL PÚBLICO

Las políticas gubernamentales tienen muchos factores que pueden tener efectos tanto negativos como positivos en la salud mental:

- La pobreza, es uno de los factores ambientales de mayor adversidad para la salud mental. Las personas que viven en condiciones de pobreza tienen mayor probabilidad de padecer estrés y tener una alta prevalencia de trastornos mentales.

- La urbanización caótica y no planificada, asociada con un incremento de los trastornos mentales; con ella aumenta el riesgo de carecer de vivienda adecuada y se acentúan las consecuencias de la pobreza y la exposición a las adversidades ambientales; además, trastorna los modelos tradicionales de vida familiar y reduce el apoyo social.

- La carencia de vivienda, constituye un riesgo y puede, a su vez, ser consecuencia de los trastornos mentales.

- El desempleo, aumenta el riesgo de depresión y está asociado con el abuso del alcohol y los comportamientos autodestructivos.

- Las condiciones laborales, cuyo mejoramiento es esencial para la promoción y preservación de la salud mental de los trabajadores.

- La educación, dado su papel determinante en la futura salud mental de las personas.

- La legislación penal y el sistema penitenciario, Las personas con ciertos trastornos mentales están en mayor riesgo de entrar en contacto con la justicia; por otra parte, la población privada de libertad, tiene mayores probabilidades que la población general de desarrollar desajustes psicológicos.

DESINSTITUCIONALIZACIÓN:

La desinstitucionalización, implica el desarrollo de servicios alternativos de tipo ambulatorio y base comunitaria, así como la incorporación del componente psicosocial en la atención primaria en la salud mental.

Adicionalmente hay que comprender que un gran porcentaje de personas institucionalizadas ha sido por orden de juez, quienes amparados en medidas "legales", pueden enviar a cualquier persona al hospital psiquiátrico a petición de la familia. La estrategia de atención primaria promovida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), impulsada de manera decisiva a partir de la Declaración de Alma Ata y apoyada por casi todos los países, también ofreció una plataforma teórica y práctica para avanzar en el terreno de la reforma de los servicios de salud mental. Se trata de un cambio total de paradigma por el cual un patrón curativo de atención al trastorno mental, de base manicomio, evoluciona a un modelo integral de base epidemiológica y orientación comunitaria.

El modelo comunitario implica, en el campo de la salud mental, la creación de políticas de Estado congruentes con la reestructuración de los servicios. A la mirada actual, también es importante la revisión de la Alma Ata y adaptarla a las necesidades actuales y locales, armonizándola con los derechos humanos relativos a la interculturalidad, género, etc.

OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE (ODS)

LA RELACIÓN DE LOS OBJETIVOS CON LA DISCAPACIDAD

La situación de las personas con discapacidad es un dato que se toma como base en distintos de los indicadores propuestos para medir el grado de avance, tanto de estas metas como de otras contenidas en los ODS. Si bien existen estas menciones explicitas sobre las personas con discapacidad en objetivos y metas concretas, así como las que se le incluyen, bajo el termino de vulnerables, y de manera general al referirse a todas las personas, y bajo el principio de no dejar a nadie atrás con un enfoque explícito de diversidad, igualdad e inclusión de las personas.

De manera directa y general se puede establecer que los objetivos incluyen a las personas con discapacidad mental y cognitiva al mencionarlas en la Declaración, en 5 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y al contemplar la necesidad de datos desagregados sobre discapacidad para hacer seguimiento al cumplimiento:

- Al referirse 18 veces a personas "vulnerables" o en situación de riesgo.

- Cuando se refiere a que esta agenda es "para todos", que se trata de "no dejar a nadie atrás", y utiliza explícitamente el término "inclusión" y sus variantes en numerosas ocasiones. También se puede identificar al menos 13 ODS, que por su redacción incorporarían un enfoque explícito de diversidad, igualdad e inclusión de las personas. Los ODS 12, 13, 14 y 15, si bien no se puede evidenciar una relación directa con las personas con discapacidad en cuanto a su redacción, si se deben considerar como objetivos en los que se puede contribuir desde las intervenciones en discapacidad como actor económico, social y ambiental, que produce impactos y resultados en la sociedad y el planeta.

Los ODS son esencialmente una agenda de transformación, que apuesta por el desarrollo sostenible a través de la realización de derechos humanos. Según un estudio realizado por el Instituto Danés de derechos humanos, más del 90% de las metas de los ODS están vinculados a derechos humanos y estándares laborales reconocidos internacionalmente. En otras palabras, se alcanzarán los ODS en la medida que se mejore el ejercicio real de los derechos humanos.

COMPROMISOS EN MATERIA DE SALUD

Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS), promueven el fortalecimiento en salud mental a través de la implementación de políticas, planes y leyes, y la promoción de servicios integrales de salud mental y atención social basados en la comunidad.

Entre sus organismos especializados se encuentra la Organización Mundial de la Salud, la misión de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS), es la de liderar esfuerzos colaborativos estratégicos entre los Estados Miembros del cual forma parte Guatemala y otros aliados, para promover la equidad en salud integral, mejorar la calidad de vida de las personas y prolongar la duración de la vida de las poblaciones a nivel mundial.

La salud mental de las poblaciones y el riesgo de discapacidad está relacionada con muchos factores:

- Reducir la prevalencia e incidencia de las enfermedades transmisibles, con énfasis en las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), dengue, malaria, tuberculosis y las infecciones diarreicas y respiratorias agudas,

- Fortalecer el control de los riesgos ambientales que afectan la salud, y los preparativos para la atención a emergencias y desastres,

- Mejorar la respuesta de los servicios de salud,
- Mantener bajo control a las enfermedades en cuya eliminación avanza en el país,
- Consolidar modelos eficientes de prestación de servicios y en la gestión de suministros,
- Desarrollar entorno saludables,
- Fortalecer la regulación sanitaria,
- Atender la violencia y los accidentes con enfoque de salud pública
- Reducción de la mortalidad infantil y control de enfermedades transmisibles
- Lograr abordaje integral de la seguridad alimentaria y nutricional
- Atender la incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles





CONCLUSIONES

- Los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias constituyen el 10% de la carga mundial de morbimortalidad y el 30% de las enfermedades no mortales.

- Es necesario determinar una estrategia y de ahí determinar el número de especialistas requeridos, como también los programas de capacitación al personal en los primeros niveles de atención de salud mental integral e incrementar la participación del resto de la sociedad.

- La centralización de los servicios de salud es uno de los principales problemas para la salud en Guatemala ya que existen desigualdades en el presupuesto destinado al área metropolitana en comparación con la rural y el número de médicos por habitante es mucho mayor que en el area rural.

- La Salud Mental, se considera cada vez más una prioridad mundial en materia de salud pública y un elemento necesario para el desarrollo económico y social. Por ejemplo, en el tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas se menciona de manera explícita el compromiso de lograr cobertura universal de salud que incluya "la Salud Mental y el bienestar".

- No existe recurso humano especializado en discapcidad en la atención de salud primaria.

- Es importante que se revise la ley de salud mental para establecer su armonización con la Convención sobre los Drechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo –CDPD- y otros instrumentos internacionales.

- El Modelo actual posee una concepción limitada de la salud mental y la discapacidad mental y cognitiva desde una propuesta individualizada, biológica inscrita en programas poco operativos orientados por temas de patología, con un enfoque curativo dejando por fuera la promoción y prevención.

- El modelo actual basado en la Rehabilitación no garantiza el respeto de los derechos humanos de las personas con Discapacidad intelectual y mental.

- Falta de monitoreo y evaluación en las intervenciones que se llevan a cabo desde lo público.

GLOSARIO DE LOS PRINCIPALES TÉRMINOS

Promoción de la salud: Tiene como una de sus cinco estrategias claves la reorientación de servicios de salud con el fin de mejorar el bienestar de la población usuaria fortaleciendo el componente preventivo dentro del Modelo de Salud.

Las otras estrategias claves son: el desarrollo de habilidades personales en salud mediante la educación en comportamientos saludables, la participación comunitaria que busca el empoderamiento, la formulación de políticas públicas saludables que tengan en cuenta la evaluación del impacto en salud y la creación de entornos que favorezcan la salud en las personas. A lo largo de nuestra vida, todos necesitamos un entorno que favorezca nuestra salud mental y nuestro bienestar.

Atención primaria en salud: La declaración de Alma Ata define a la APS como un primer nivel amplio e integrado, que incluye elementos como participación comunitaria, coordinación, intersectorial, y descansa en una variedad de trabajadores de la salud y practicantes de las medicinas tradicionales. Incluye los siguientes principios: respuesta a los más amplios determinantes de la salud; cobertura y accesibilidad universal según la necesidad; autocuidado y participación individual y comunitaria; acción intersectorial por la salud; Tecnología apropiada y costo-efectividad en relación con los recursos disponibles Una filosofía que atraviesa la salud y. los sectores sociales.

Salud mental: La salud mental es un estado de bienestar en el que la persona materializa sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir al desarrollo de su comunidad. Fuente: Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice. OMS, 2004, en: http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf

Discapacidad: Es un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación; denota los aspectos negativos de la interacción entre una persona (aquejada por un trastorno de salud) y su entorno (factores ambientales y personales). Fuente: World report on disability 2011. OMS, 2011. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240685215 eng.pdf

Política sobre salud mental y plan de salud mental: La política sobre salud mental es el enunciado oficial por el cual un gobierno define la visión y los detalles, así como un conjunto de valores, principios, objetivos y campos de actuación para mejorar la salud mental de un grupo de población. Por otra parte, un plan de salud mental recoge con pormenores las estrategias, actividades, plazos y presupuestos que habrán de aplicarse para materializar la visión y lograr los objetivos de la política, así como los resultados previstos, las metas y los indicadores que se aplicarán para determinar si la ejecución dio buen resultado.

Fuente: Mental health Atlas 2011. OMS, 2011. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011 /9799241564359_eng.pdf

Fuente: MentalHealth policy plans and programs. OMS, 2005 http://www.who. int/rnental_ health/policv/services/essentialpackage 1 v 1 /en/index.html

Personas con Discapacidad: "Las personas con discapacidad incluye a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás" Convención Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo (ONU).

Discapacidad Mental: La discapacidad psíquica es aquella que está directamente relacionada con el comportamiento del individuo. Se dice que una persona tiene **discapacidad psíquica** cuando presenta trastornos en el comportamiento adaptativo. Este tipo de discapacidad se podría incluir en categoría otros ya que tienen que ver con enfermedades mentales.

Discapacidad Intelectual: La discapacidad intelectual se caracteriza por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento cognitivo como en conducta adaptativa tal y como se ha manifestado en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad se origina antes de los 18 años." (Luckasson y Cois, 2011).

Discapacidad Psicosocial: Se refieren a las personas con diagnóstico de trastorno mental que han sufrido los efectos de factores sociales negativos, como el estigma, la discriminación y la exclusión. Las personas que sobrellevan discapacidades psicosociales son, por ejemplo, las que usan o usaron antes los servicios de salud mental, así como quienes se consideran supervivientes de estos servicios o que tienen la propia discapacidad psicosocial. Plan de acción integral sobre salud mental 2013 - 2020 ANEXO II44 Fuente: Drew, N., Funk, M., Tang, S. et al. Human rights violations of people with mental and psychosocial disabilities: an unresolved global crisis. The Lancet, 378 (9803), 1664 -1675, 2011.¿http://do\^oad.melancet.coiri^^ e4753939e7f:2e5f8cf2:13a9c2030d0:54121351243806649

Deficiencia: Deficiencia es, según la OMS, toda pérdida o anormalidad, permanente o temporal, de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Incluye la existencia o aparición de una anomalía, defecto o pérdida de una extremidad, órgano o estructura corporal, o un defecto en un sistema funcional o mecanismo del cuerpo.

Descentralización: La descentralización significa que cada centro de atención pueda atender a personas con discapacidad mental y discapacidad intelectual, y no sean atendidas en el único hospital de salud mental el cual ya dejó de ser funcional desde hace muchos años y de tener los objetivos por lo cual fue creado, y respondió a las necesidades de una ciencia aún incipiente.

BIBLIOGRAFIA

Síntesis tomada del documento original de consultoría realizado por, Recinos, Mayra, Monitoreo y Evaluación del Modelo Actual de Atención en Salud Mental, MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL EN GUATEMALA. FUNCIONALIDAD DEL MODELO ACTUAL; MODELOS ALTERNATIVOS DE ATENCIÓN BASADOS EN DERECHOS HUMANOS. Guatemala, 2019.

PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 2016-2020, adecuaciones 2017

Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación, 2006 Pág. Xv

Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación, 2006 pág. 1

CIDH. Informe sobre la Situación de Derechos Humanos en Guatemala, OEA/Ser.L/V/II. Doc. 43/15, 31 diciembre 2015, párrafo 272. Disponible en: http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/Guatemala2016.pdf. Citando: UNICEF, Guatemala Country programme document 2015-2019; Ver también National Adoption Council, 2013; Informe Nacional sobre el Trabajo Infantil en Guatemala, de la encuesta nacional de condiciones de vida ENCOVI 2011. Pág. 26-27.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, PLAN PILOTO, Red de Servicios de Salud Mental del MSPAS, Desconcentración de la atención en el Hospital de Salud Mental, Guatemala, 2017

Martin J. Santiago. "La discapacidad como IUI problema social de derechos humanos", en Campoy Cerrera. Ignacio y Palacios. Agustina (eds.). Igualdad, no discriminación y discapacidad. Una visión integradora de las realidades española y argentina, Madrid. Universidad Carlos III-Dykinson. 2007

Medicus Mundi Navarra, Instituto de Salud Incluyente - ALAMES, Verdugo U., J.C., Atención en Salud con pertenencia intercultural, (presentación), (2013) Disponible en: https://iahpeconference2013 .files, wordpress.com/2014/01 /2iuanverdugo.pdf

MORENO, Angarita, M., "Pistas para el diálogo entre salud pública y discapacidad: hacia una comprensión de la evolución del concepto de discapacidad", Cuadernos del doctorado núm. 8, Salud pública y discapacidad, Universidad Nacional de Colombia, 2008.

PALACIOS, A., El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmacion en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Madrid, Ediciones CINC A, 2008.

Prensa Libre, “Salud no puede cubrir trastornos mentales”, 3 de enero de 2017

Comité contra la Tortura, Lista de cuestiones previa a la presentación del séptimo informe periódico de Guatemala que debe presentarse en 2017, CAT/C/GTM/QPR/7 (junio 9, 2015), párr. 24.

Informe del Estado de Guatemala, Examen de los informes presentados por los Estados partes en virtud del artículo 19 de la Convención con arreglo al procedimiento facultativo de presentación de informes. Séptimo informe periódico que los Estados partes debían presentar en 2017, CAT/C/GTM/7 (julio 5, 2017), párr. 121.

E-GRAFIAS

Berenzon Gorn S, Saavedra Solano N, Medina-Mora Icaza ME, Aparicio Basaurí V, Galván Reyes J. Evaluación del sistema de Salud Mental en México: ¿hacia dónde encaminar la atención? Rev. Panamá Salud Publica. 2013;33(4):252–8. Disponible en: http://iris.paho.org/çxmlui/bitstream/handle/123456789/9191/a03v33n4.pdf?sequence=1

Comisión Interamericana de Derechos Humanos, las MC-370-12, Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) y Disability Rights International (DRI); Disponible en: http://www.oas.org/es/cidh/decisiones/cautelares.asp

Consejo Nacional para la Atención de las Personas con Discapacidad – CONADI -, II Encuesta Nacional de Discapacidad en Guatemala, ENDIS 2016, Disponible en: https://www.unicef.org/guatemala/media/461/file/ENDIS%202016.pdf

Consejo Nacional para la Atención de las Personas con Discapacidad -CONADI-. PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 2016-2020, adecuaciones, Guatemala, 2017. Disponible en: http://conadi.gob.gt/web/wp-content/uploads/2018/03/PEI-2016-2020-VF.docx

Instituto de Salud Incluyente, El camino a la transformación del sistema público de salud, Plan maestro nacional de la red de atención en salud Completando la espiral Guatemala 2020 -2030, Guatemala, 2019. Disponible en: https://isis.org.gt/images/publicaciones/libros/El_Camino_a_la_transformacion_del_sistema_publico_de_salud.pdf

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Reforma de salud, Guatemala, disponible en: https://www.mspas.gob.gt/index.php/component/jdownloads/send/90-reforma-al-sector-salud/719-proceso-de-la-reforma-al-sector-salud-en-guatemala.

Muñoz, Geldi, Prensa Libre, Salud no puede cubrir trastornos mentales, Guatemala, Publicado el 3 de enero de 2017, disponible en: https://www.prensalibre.com/guatemala/comunitario/salud-nopuede cubrir-trastornos-mentales/

Organización Mundial de la Salud, Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente. Disponible en: https://www.paho.org/bulletins/index.php?option=com_content&view=article&id=1251:dia-mundial-de-la-salud-mental-la-depresion-es-el-trastornomental-mas-frecuente&Itemid=0&lang=en

Organización Mundial de la Salud, El Manual de Recursos sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación fue elaborado bajo la dirección de Michelle Funk, Natalie Drew y Benedetto Saraceno, Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. 2006. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/policy/legislation/WHO_Resource_Book_MH_LEG_Spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud, Guatemala: Estrategia Nacional de Salud Mental (nota de prensa). Guatemala, 2010. Disponible en: https://www.paho.org/bulletins/index.php?option=com_content&view=article&id=822:guatemala-estrategia-nacional-desaludmental&Itemid=0&lang=es

Organización Mundial de la Salud, La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018: Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y

Organización Mundial de la Salud, OPS/UNICEF, Declaración de Astaná, Kazajstán, 2018. Disponible en: https://www.who.int/docs/default source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf

Organización Mundial de la Salud, Protocolo de Atención en Salud Mental a la Población Infanto-juvenil 2008, Guatemala, 2018. Disponible en:https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&alias=578-protocolo-de-atencion-en-salud-mental-a poblacion-infanto-juvenil-1&category_slug=sfc-salud-mental-alcohol-y-drogas-nacional&Itemid=518

Organización Mundial De La Salud, WHO-AIMS / IESM-OMS, VERSIÓN 2.1, INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN PARA SISTEMAS DE SALUD MENTAL. 2005. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/evidence/WHOAIMS_Spanish.pdf?ua=1

Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS INFORME SOBRE EL SISTEMA DE SALUD MENTAL EN GUATEMALA, Guatemala, 2011. Disponible en:https://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/guatemala_who_aims_report_spanish.pdf

BERTOLOTE, José M. – Políticas de Salud Mental. World Psychiatry (Ed. Esp.) Vol.6, Núm. 2 - Septiembre 2008 – Pág. 113 Disponible en: http://www.wpanet.org/uploads/Publications/WPA_Journals/World_Psychiatry/Past_Issues/Spanish/wpa-09-2008- spa.pdf#page=51

La Edición ilustrada de la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Naciones Unidas Disponible en: http://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf 4

Declaración de los Derechos del Retrasado Mental. Naciones Unidas - Centro de Información Disponible en: http://www.cinu.org.mx/temas/desarrollo/dessocial/integracion/ares2856xxvi.htm

Declaración de los Derechos de los Impedidos. Naciones Unidas - Centro de Información Disponible en: http://www.cinu.org.mx/temas/desarrollo/dessocial/integracion/ares_3477xxx.htm

CIDH. Informe sobre la Situación de Derechos Humanos en Guatemala, OEA/Ser.L/V/II. Doc. 43/15, 31 diciembre 2015, párrafo 272. Disponible en: http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/Guatemala2016.pdf

ONU. Informe de la Relatora Especial sobre la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía, Najat Maalla M'jid. A/HRC/22/54/Add.1, 21 de enero de 2013, párrafo 24. Disponible en: http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A-HRC-22-54-Add1_sp.pdf

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Programa Nacional de Salud Mental Política de Salud Mental 2007-2015 (http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/Guatemala/politica_salud_mental.pdf)

https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&alias=578-protocolo-de-atencion-en-salud-mental-a-poblacion-infanto-juvenil-1&category_slug=sfc-salud-mental-alcohol-y-drogas-nacional&Itemid=518

https://www.paho.org/bulletins/index.php?option=com_content&view=article&id=784:guatemala-conmemoracion-dia-mundial-de-la-salud-mental&Itemid=0&lang=en)

Drew, N., Funk, M. and others, (2011), Human rights violations of people with mental and psychosocial disabilities: an unresolved global crisis. The Lancet. 378 (9803). 1664 - 1675. Disponible en: http://download.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140673611614 58X.pdf?id=40bade4753939e7f:2e5f8cf2:13a9c2030d0:541213512438 06649

Naciones Unidas, (2006), Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas. Disponible en: https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS es.pdf

Naciones Unidas, OIT. Oficina Regional para América Latina y el Caribe (2014), Convenio Núm. 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales.

Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/grQups/public/—americas/—ro-lima/documents/publication/wcms 345065.pdf

OEA, Departamento de derecho internacional (1994), Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer "convención de Belem do para". Disponible en: https://www.oas.org/iuridico/spanish/tratados/a-61 .html

OMS (2011), La Declaración política de Rio sobre determinantes sociales de la salud, 2011. Disponible en: http://www.who.mt/ sdhcortference/declaratiori/Rio_^olitical_declaration_Spanish.pdf:

OMS, (2005), Mental Health policy, plans and programmers. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/policy/services/ essentialpackage 1 v 1 /en/index.html

OMS, (2010), Mental Health and Development report, 2010. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/ 9789241563949_eng.pdf

OMS, (2011), Mental health Atlas 2011. Disponible en: https://www.who.int/mental health/publications/mental health atlas 2011/en/

OMS, (2012), QualityRights tool kit: assessing and improving quality and human rights in mental health and social care facilities. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241548410 eng.pdf

OMS, Organization of services for mental health. (2003). Disponible en: http://www.who.int/mental_health/policy/services/essential packagelv2/en/index.html

OMS/ BANCO MUNDIAL, (2011), World report on disability 2011, Disponible en: https://www.who.int/disabilities/world report/2011/ report.pdf

OPS/OMS (1990), Política en Salud Mental de la Organización Panamericana de la Salud, Caracas. Disponible en: https:// www.alansaludmental.com/pol%C3%ADticas-en sm/pol%C3%ADtica-en-sm-de-la-ops/

OPS/OMS (2003). El Contexto de la Salud Mental. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental. EDIMSA, Suiza. Disponible en: https://www.who.int/mental health/policy/Maqueta OMS Contexto Ind.pdf

OPS/OMS (2007), Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, Las recomendaciones. Disponible en: https://www.who.int/social determinants/thecommission/finalreport/about csdh/es/

OPS/OMS (2009), La Agenda de Salud para las Américas 2008-2017. Presentada por los Ministros de Salud de las Américas en la Ciudad de Panamá. Disponible en: http://wwwl.paho.org/hq/dmdocuments/2009/ Agenda Salud para las Américas 2008-2017.pdf

OPS/OMS (2016), Construcción del concepto de salud mental positiva: revisión sistemática, Suiza. Disponible en:http://iris.paho.Org/ xmlui/handle/l 23456789/2831 Q?locale-attribute=es

OPS/OMS (2005), La renovación de la Atención Primaria de Salud en Las Américas, Estados Unidos. Disponible en: https://cursos.campus virtualsp.Org/file.php/l 18/Modulo l/md3-lp-renovacion-APS-spa-2007.pdf

MAYRA RECINOS BEKKER

OPS/OMS(2005). Promoción de la Salud Mental QMS. 2005. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=rcomtopics&vie\v= rdmore&cid=7360&itemr::salud-mental&cat=scientifictechnical&type= documentos-oms-7360&Itemid=40870&lang=es

OPS/OMS (2013), SFC-Salud mental alcohol y drogas Nacional, Guatemala. Disponible en:https://www.paho.org/gut/index.php?option= comdocman&view=list&format=html&layout=default&slug=sfc-saludmental -alcohol-y-drogas-nacional&Itemid=518

OPS/OMS, (1994), La Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de América SAPIA. Disponible en: http://wwwl.paho.org/hq/dmdocuments/ 2009/5-Esp%20TalierSub%20MesoamGUT.pdf

Modelo de Atención en Salud Mental en Guatemala, funcionalidad del modelo actual, modelos alternativos de atención basados en Derechos Humanos.



Consejo Nacional para la Atención de las Personas con Discapacidad

CONADI

GUATEMALA

"Acción conjunta para una participación plena"

1a. avenida 4-18 zona 1, Guatemala C.A.

PBX: 2501 6800

www.conadi.gob.gt CONADI GUATEMALA @conadiguatemala @conadiguatemala