



Consejo Económico
y Social

Distr.
GENERAL

E/CN.4/1990/53
1° de diciembre de 1989

ESPAÑOL
Original: INGLES

COMISION DE DERECHOS HUMANOS
46° período de sesiones
Tema 15 del programa provisional

LOS DERECHOS HUMANOS Y EL PROGRESO CIENTIFICO Y TECNOLOGICO

Principios y garantías para la protección de las personas
recluidas por mala salud mental o por padecer
trastornos mentales

Informe del Secretario General

INDICE

	<u>Párrafos</u>	<u>Página</u>
INTRODUCCION	1 - 9	1
I. OBSERVACIONES GENERALES Y SUGERENCIAS	10 - 14	2
II. OBSERVACIONES Y PROPUESTAS RELATIVAS A LOS PRINCIPIOS Y GARANTIAS PARA LA PROTECCION DE LAS PERSONAS MENTALMENTE ENFERMAS	15 - 79	3
A. Título	15 - 16	3
B. Aplicación	17	3
Artículo 1	17	3
C. Definiciones y empleo de los términos	18 - 23	3
Artículo 2	18 - 23	3

INDICE (continuación)

	<u>Párrafos</u>	<u>Página</u>
II. D. Libertades fundamentales y derechos básicos	24 - 36	5
(cont.)		
Artículo 3	24 - 27	5
Artículo 4	28 - 29	5
Artículo 5	30 - 35	5
Artículo 6	36	7
E. Tratamiento	37 - 43	7
Artículo 7	37	7
Artículos 8 y 9	38 - 39	7
Artículo 10	40 - 41	7
Artículo 11	42 - 43	8
F. Consentimiento para el tratamiento y limitaciones de éste	44 - 49	8
Artículo 12	44 - 49	8
G. Internamiento voluntario en una institución psiquiátrica	50 - 51	9
Artículo 13	50	9
Artículo 14	51	9
H. Internamiento voluntario en una institución psiquiátrica	52 - 59	9
Artículo 15	52 - 59	9
I. Revisión y apelación	60 - 64	11
Artículo 16	60 - 64	11
J. Procedimientos a que tiene derecho el paciente	65 - 68	11
Artículo 17	65 - 67	11
Artículo 18	68	12
K. Procedimientos penales	69 - 72	12
Artículo 19	69	12
Artículo 20	70 - 72	12

INDICE (continuación)

	<u>Párrafos</u>	<u>Página</u>
II. L. Recursos	73	13
(<u>cont.</u>) Artículos 21 y 22	73	13
M. Aplicación	74	13
Artículos 23 y 24	74	13
N. Directrices sobre procedimientos penales (art. 19.2)	75 - 79	13
Anexo A	75 - 79	13

INTRODUCCION

1. En su 48° período de sesiones, en 1988, en virtud de su resolución 1988/28, de 1° de septiembre de ese mismo año, la Subcomisión de Prevención de Discriminaciones y Protección a las Minorías adoptó el proyecto de principios y garantías para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental (E/CN.4/Sub.2/1988/23). En dicha resolución, la Subcomisión recomendaba que la Comisión de Derechos Humanos pidiese al Secretario General que transmitiese el proyecto de conjunto de principios y garantías para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental a los gobiernos, organismos especializados y organizaciones no gubernamentales, para que formularan observaciones y sugerencias.
2. La Comisión de Derechos Humanos, en su 45° período de sesiones, en 1989, en virtud de su resolución 1989/40, de 6 de marzo de 1989 y actuando por recomendación de la Subcomisión decidió establecer un grupo de trabajo abierto de la Comisión encargado de examinar, revisar y simplificar, según procediese, el proyecto de conjunto de principios y garantías presentado por la Subcomisión, con miras a presentarlo a la Comisión en su 46° período de sesiones. Invitaba a todos los gobiernos, organismos especializados, en particular la Organización Mundial de la Salud, y organizaciones no gubernamentales a que participaran en esta labor y considerasen la posibilidad de incluir en sus delegaciones en el grupo de trabajo a personas con conocimientos especializados en las esferas jurídica y psiquiátrica. Pedía al grupo de trabajo que se reuniese durante un período de dos semanas antes del 46° período de sesiones de la Comisión.
3. En el párrafo 6 de la resolución 1989/40, se pedía al Secretario General que, para su examen por el grupo de trabajo, solicitase observaciones de los gobiernos, organismos especializados, en particular la Organización Mundial de la Salud, y organizaciones no gubernamentales sobre el proyecto de conjunto de principios y garantías presentado por la Subcomisión. Se pedía además al Secretario General que distribuyese esas observaciones a todos los gobiernos con antelación a la reunión del grupo de trabajo.
4. En su resolución 1989/76, de 24 de mayo de 1989, el Consejo Económico y Social autorizaba la reunión de un grupo de trabajo abierto de la Comisión. Además, el Consejo pedía al Secretario General que, sobre la base de las observaciones recibidas de los gobiernos, los organismos especializados y las organizaciones no gubernamentales en respuesta a lo pedido en el párrafo 6 de la resolución 1989/40 de la Comisión de Derechos Humanos, preparase un documento de trabajo en que figuraran las modificaciones que se introducirían al actual proyecto del conjunto de principios y garantías como resultado de esas observaciones.
5. El presente documento contiene las observaciones recibidas en respuesta a lo solicitado en el párrafo 6 de la resolución 1989/40 de la Comisión de Derechos Humanos. El documento de trabajo en el que figuren las modificaciones que se introducirán en el actual proyecto de conjunto de principios y garantías como resultado de esas observaciones se presentará al grupo de trabajo abierto como documento E/CN.4/1990/WG.8/WP.1.

6. En mayo de 1989 se envió a todos los gobiernos una nota verbal en la que se pedía que presentasen observaciones sobre el proyecto de principios y garantías. También en mayo de 1989 se solicitaron sus observaciones a los organismos especializados y a las organizaciones no gubernamentales.

7. Hasta el 20 de noviembre de 1989 se habían recibido respuestas sustanciales de los Gobiernos de Bahrein, España, Estados Unidos de América, Finlandia, Guinea Ecuatorial, Países Bajos, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte y Venezuela.

8. Los Gobiernos de Bahamas, Qatar y Sudáfrica enviaron los textos de sus respectivas legislaciones. También se hacía referencia a la legislación nacional en las respuestas de Finlandia, los Países Bajos y el Reino Unido. El texto de esas respuestas puede consultarse en los archivos del Centro de Derechos Humanos.

9. También se han recibido respuestas de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). Envío asimismo sus comentarios el Comité Consultivo Mundial de la Sociedad de los Amigos.

I. OBSERVACIONES GENERALES Y SUGERENCIAS

10. Los Gobiernos de España, Estados Unidos de América, Finlandia, Países Bajos y Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte encomiaron la labor realizada por la Subcomisión sobre el proyecto de principios y garantías. Consideraban que la elaboración de ese proyecto era un paso importante para la protección de los derechos de las personas mentalmente enfermas.

11. En opinión de Bahrein, el proyecto presentado era excelente y no necesitaba revisión. Otros gobiernos, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura y el Comité Consultivo Mundial de la Sociedad de los Amigos presentaron algunas observaciones y sugerencias de carácter general y específico, en particular referentes a la cuestión de la protección de los derechos de las personas recluidas por mala salud mental o porque padecen trastornos mentales.

12. El Gobierno de los Países Bajos consideró que los principios y garantías se referían principalmente a la admisión en hospitales psiquiátricos conforme al derecho civil, y no a la reclusión obligatoria por orden de un tribunal penal, bajo la responsabilidad del Ministro de Justicia; como se trataba de una cuestión totalmente distinta, los Países Bajos estimaban que era necesario interpretar el artículo 19 en términos generales.

13. El Gobierno de los Estados Unidos de América opinó que en el texto del proyecto de principios y garantías, incluido el anexo A, no debería emplearse un género determinado.

14. El Comité Consultivo Mundial de la Sociedad de los Amigos también estimó que en el texto del proyecto no debía utilizarse un género determinado.

II. OBSERVACIONES Y PROPUESTAS RELATIVAS A LOS PRINCIPIOS
Y GARANTIAS PARA LA PROTECCION DE
LAS PERSONAS MENTALMENTE ENFERMAS

A. Título

15. Según el Reino Unido, los principios y garantías tal como figuran en el proyecto se referían ante todo a la cuestión de la protección de las personas mentalmente enfermas más bien que al mejoramiento de la atención de la salud mental, aunque, por supuesto, uno de los resultados de la protección de las personas mentalmente enfermas podría ser ese mejoramiento. En vista de ello, el Reino Unido estimaba que el título debería ser el que se había dado al grupo de trabajo del período de sesiones, esto es: "Principios y garantías para la protección de las personas recluidas por mala salud mental o porque padecen trastornos mentales". Si esa redacción del título se prestara a confusión, el título podría ser: "Principios y garantías para la protección de las personas que sufren trastornos mentales o que están recluidas por mala salud mental".

16. Para el Gobierno de los Estados Unidos, el título del proyecto de principios, tal como figuraba en la página 6 del documento E/CN.4/sub.2/1988/23, debería incluir la frase "y para el mejoramiento de la atención de la salud mental". La adición de esta última frase pondría en consonancia el título con el del instrumento tal como aparecía en la página 4 del mismo documento.

B. Aplicación

Artículo 1

17. Con respecto al artículo 1 no se ha recibido ninguna observación.

C. Definiciones y empleo de los términos

Artículo 2

18. En lo que se refiere al artículo 2, Finlandia, los Países Bajos y el Reino Unido consideraron que las definiciones eran demasiado restringidas. Finlandia observó que el hecho de limitar la definición de un servicio de salud mental a un establecimiento cuya primera función consistía en atender y tratar a las personas que padecen enfermedades mentales podía inducir a error. El principio debería aplicarse también a aquellos establecimientos que prestan atención de salud a esos pacientes además de a enfermos de otras categorías. Los Países Bajos señalaban que la definición de enfermedad mental era demasiado detallada.

19. Para España era imprescindible incluir en el documento un claro glosario de los términos utilizados en el mismo, en el que se definiesen con precisión ciertos conceptos que si no se encontrasen perfectamente clarificados podrían ser interpretados en forma muy diversa. Entre otros, deberían definirse los de "tratamiento", "profesional de salud mental cualificado" y "persona que padezca una enfermedad mental", ya que de no ser así y entendiendo estos términos en sentido laxo, según el párrafo 8 del artículo 12, no se podría

administrar ningún tipo de medicación, ni siquiera con carácter urgente, a un "paciente involuntario" sin su consentimiento hasta que "una autoridad independiente", tras contemplar "pruebas presentadas por expertos" y realizar un completo estudio del tratamiento propuesto por el facultativo que trate al paciente, lo autorizase. Del mismo modo, si no se definiese claramente el concepto de "profesional de salud mental cualificado" quedaría, ante la ambigüedad del término, abierta la posibilidad de que un profesional que no se encontrase en posesión de la titulación y conocimientos adecuados pudiera decidir el internamiento de un paciente.

20. Por último, España observaba que la precisa definición de "enfermedad mental" era imprescindible, sobre todo cuando se utilizaba en artículos que tenían relación con la psiquiatría forense, ya que, si bien en el párrafo 1 del artículo 6 se indicaba que el "diagnóstico por el que se declara que una persona padece una enfermedad mental se formulará con arreglo a normas médicas aceptadas internacionalmente", no se hacía alusión, en ningún momento, a qué normas se refería de las diferentes que, en mayor o menor grado, tenían aceptación internacional. Ciertamente, en el artículo 2 el documento reconocía esta necesidad, esbozaba un incompleto y ambiguo glosario de términos a la vez que aludía a su provisionalidad, e indicaba que la redacción definitiva de éste correría a cargo de "expertos multidisciplinares interesados en la salud mental". Pero, en todo caso, teniendo en cuenta la capital importancia de ese aspecto, se sugería que dicha redacción fuese abordada con el mayor interés, y que se dedicase la máxima atención posible a preparar un glosario detallado y coherente.

21. El Reino Unido declaró que prefería la referencia a un "psicólogo" en la definición de "profesional de salud mental", y que se utilizase la expresión "psicólogo clínico". La definición de "enfermedad mental" que, como se reconocía en la nota al artículo 2 sería preciso definir más detalladamente, debería ampliarse para que incluyera todos los tipos de trastorno mental. El término "enfermedad mental" era demasiado limitativo. Algunas personas podían no padecer de "una enfermedad mental", pero sufrían otros trastornos mentales. Esas personas necesitaban la protección ofrecida en los principios y garantías. El término "enfermedad mental" debería sustituirse por "trastorno mental", medida que permitiría además poner en consonancia los términos del texto de los principios y garantías con su título, en caso de que éste fuese "Principios y garantías para la protección de las personas que padecen trastornos mentales o que estén recluidas por mala salud mental".

22. Los Estados Unidos observaron la definición convenientemente amplia de "profesional de salud mental" y opinaron que otras varias disposiciones del proyecto de principios en los que se utilizaba una forma de expresión más restringida, en particular en el párrafo 3 del artículo 10, deberían ponerse en consonancia con la definición contenida en el artículo 2.

23. El Comité Consultivo Mundial de la Sociedad de los Amigos consideró que el término "persona mentalmente enferma" era discriminatorio y debería sustituirse por "una persona que padece una enfermedad mental".

D. Libertades fundamentales y derechos básicos

Artículo 3

24. Finlandia estimó que las libertades y los derechos mencionados en este artículo tenían gran importancia para el bienestar de los enfermos mentales en la comunidad.

25. Según los Estados Unidos, el proyecto de principios debería incluir un artículo en el que se abordase explícitamente la cuestión del mejoramiento de la atención de salud mental. Ese artículo debería basarse en el texto elaborado por la Organización Mundial de la Salud incluido en el documento E/CN.4/Sub.2/WG.3/WP.3, de fecha 11 de agosto de 1988, conforme al cual:

"Todas las personas tendrán derecho a la mejor atención posible en materia de salud mental, que formará parte del sistema de servicios sanitarios [de salud mental], y sociales."

26. El Reino Unido propuso que el comienzo del apartado a) del párrafo 4 se modificara a fin de que dijese "con sujeción a la decisión de un tribunal en cuanto a incapacidad, o de conformidad con lo previsto en el derecho interno en relación con la incapacidad." Observó además que no estaba claro que los derechos mencionados en los apartados b) y c) del párrafo 4 eran derechos que "figuran" en la Declaración Universal de Derechos Humanos, en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Esos derechos podían derivar de los derechos contenidos en esos instrumentos pero esto no era lo mismo que afirmar que "figuran en ellos".

27. Para la UNESCO, el párrafo 2 del artículo no sólo debía limitarse al derecho a la protección contra la explotación, el abuso y el trato degradante, sino que debía tenerse también en cuenta los conceptos utilizados en la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes. El párrafo 5 del artículo 3 se refiere a la designación de un tutor para que proteja los intereses de la persona que padezca una enfermedad mental. Convendría tal vez indicar que ese tutor debería ser responsable ante el tribunal que lo haya designado.

Artículo 4

28. Según el Reino Unido este artículo parecía requerir absolutamente de las "autoridades" (término que no se define) que informara al enfermo, en una forma y un lenguaje que comprenda, de sus derechos, de conformidad con los principios y garantías y en virtud del derecho interno. No se hacía en él ninguna excepción con respecto a la persona que, debido a su trastorno mental, no podía comprender sus derechos.

29. España señaló que la aplicación efectiva del artículo 4 en casos de grave deficiencia mental y algunas formas de demencia, entre otros trastornos, parecía imposible debido a la limitada capacidad de juicio de estos pacientes. Por este motivo sugería la modificación de este artículo para indicar que, la necesaria información a la que aludía, se debería intentar siempre que el paciente conservase un mínimo grado de capacidad intelectual.

Artículo 5

30. Los Países Bajos indicaron que, en algunos aspectos, el artículo 5 iba demasiado lejos en lo que se refería a la protección de los derechos de los pacientes. Por ejemplo, conforme a la legislación neerlandesa, los enfermos tenían derecho a hablar libremente por teléfono, a recibir visitas y a desplazarse dentro y alrededor del hospital psiquiátrico. En los Países Bajos, esos derechos sólo podían limitarse según los criterios establecidos en un proyecto de ley actualmente sometido al Parlamento, que incluía la perturbación del orden en el hospital (tal como se describía en el reglamento de la institución) o la posibilidad de graves consecuencias para la salud del enfermo. Aunque cabría imponer ciertas restricciones a las visitas, no debían aplicarse a determinados tipos de visitantes, tales como el abogado que actuaba como defensor del paciente y el Inspector de Salud Pública. El paciente debía tener libertad de correspondencia. Sin embargo, debería ser posible controlar en presencia del paciente las cartas que recibiera o enviara, a fin de ver si contenían algún objeto.

31. El Reino Unido declaró que, según las normas nacionales, los pacientes no tenían derecho a pedir que se les permitiese reunirse con otros enfermos. Esto no era posible si se estimaba que esa medida podía perjudicar los intereses de los enfermos interesados, incluidas las situaciones en que se creía que un paciente podía ser objeto de explotación. A su juicio, el contenido del párrafo 1 del artículo 5 podía pues restringirse mediante el empleo de una fórmula similar a la utilizada en el párrafo 2 de ese mismo artículo, para que dijese lo siguiente: "limitado únicamente por lo estrictamente necesario en interés de la salud o la seguridad de sí mismo o de los demás".

32. Con respecto al apartado c) del párrafo 3 del artículo 5, Venezuela sugirió que la última frase dijese: "Serán debidamente remunerados por la labor realizada cuando ésta genere ganancias que ingresen a la administración del establecimiento". El motivo de esta propuesta se debía a que en los países en desarrollo no estaban dadas las condiciones para remunerar a los pacientes por cualquier labor realizada, con partidas presupuestarias del propio establecimiento.

33. La OIT señaló que el aspecto de la cuestión que le interesaba directamente era el relacionado con la formación y la rehabilitación profesionales de las personas mentalmente enfermas. Entre las normas pertinentes de la OIT figuraban la recomendación sobre adaptación y readaptación profesionales de los inválidos, 1955 (N° 99); el Convenio sobre la readaptación profesional y el empleo de personas inválidas, 1983 (N° 159) y la Recomendación, 1983 (N° 168). Este aspecto se abordaba en el apartado b) del párrafo 3 del artículo 5 del proyecto.

34. La OIT indicó también con interés que en el párrafo 4 del artículo 5 del proyecto se hacía referencia al Convenio sobre el trabajo forzoso, 1930 (N° 29) en conexión con cualquier trabajo realizado por pacientes internados en una institución de salud mental. Se sugería que el sentido del párrafo 4 podría aclararse redactándolo de la siguiente manera:

"4. Todo paciente estará exento del trabajo forzoso, de acuerdo con lo previsto en el Convenio sobre el trabajo forzoso, 1930 (N° 29)."

35. El Comité Consultivo Mundial de la Sociedad de los Amigos sugirió que en el párrafo 3 del artículo 5, se suprimiesen las palabras "Cuando sea posible, dichos pacientes:" y que los apartados a), b) y c) se mantuvieran como apartados f), g) y h) del párrafo 2. El párrafo 4 pasaría entonces a ser párrafo 3.

Artículo 6

36. No se formuló ninguna observación sobre este artículo.

E. Tratamiento

Artículo 7

37. Finlandia hizo hincapié en que el tratamiento prodigado en la propia comunidad así como el derecho a regresar a ella debía ser considerado como un principio básico en la atención de la salud mental.

Artículos 8 y 9

38. En opinión de Finlandia, los principios expuestos en estos artículos tenían gran importancia práctica. Se planteaban, sin embargo, serias dificultades cuando se trataba de asegurar que los establecimientos de atención de la salud mental tuvieran acceso a los mismos recursos que otros establecimientos de salud. Sería, en consecuencia importante, estudiar muy detalladamente las medidas que cabría adoptar para aplicar tales principios. En lo que se refería a Finlandia, entre 1983 y 1989 había destinado una suma de la parte asignada cada año en los Planes Nacionales de Salud a los servicios de atención de la salud mental ambientados en la comunidad.

39. El Comité Consultivo Mundial de la Sociedad de los Amigos sugirió que en el apartado c) del párrafo 1 del artículo 9 las palabras "atención médica adecuada" se sustituyeran por "atención profesional adecuada" y que en el apartado d) del párrafo 1 las palabras "suministros suficientes y regulares de medicinas" se sustituyeran por "tratamiento adecuado y regular".

Artículo 10

40. Para el Reino Unido era necesario completar este artículo de modo que guardara armonía, por ejemplo, con las disposiciones del párrafo 5 del artículo 12 y del apartado b) del párrafo 1 del artículo 15. Así, el párrafo 1 del artículo 10 podría decir lo siguiente:

"Todo paciente tendrá derecho a ser tratado en un ambiente lo menos restrictivo posible y a recibir el tratamiento menos restrictivo y más discreto posible que corresponda a sus necesidades y a la necesidad de proteger a otras personas."

41. Los Estados Unidos de América indicaron que para que el texto de este artículo coincidiera con la definición global contenida en el párrafo 3 del artículo 2, debería modificarse el artículo 10 de la siguiente manera:

"Los conocimientos y la competencia en salud mental se emplearán solamente para el diagnóstico, la terapia y la rehabilitación del paciente y nunca se hará uso indebido de ellos empleándolos para otros fines."

Artículo 11

42. Respecto del artículo 11, el Gobierno de los Estados Unidos de América estimó que debería modificarse su redacción a fin de precisar con claridad que los médicos sólo deberían prescribir medicaciones cuya eficacia fuera conocida o hubiera sido demostrada.

43. En opinión de España, la redacción del artículo 11 parecería excluir la administración de fármacos con fines de diagnóstico, medida que es posible en la práctica médica.

F. Consentimiento para el tratamiento y limitaciones de éste

Artículo 12

44. Los Estados Unidos de América señalaron que para obtener un consentimiento informado, los profesionales de salud mental debían proporcionar información apropiada y comprensible para el paciente como la que figuraba en el párrafo 2 del actual artículo 12. En cuanto a los pacientes que, en razón de su enfermedad mental, no estuvieran en condiciones de otorgar un consentimiento informado, los profesionales de salud deberían procurar obtener dicho consentimiento de otros individuos o instituciones responsables del bienestar del paciente. Teniendo esto en cuenta, el Gobierno de los Estados Unidos de América sugirió que el párrafo 2 del artículo 12 se modificara de la siguiente manera:

"Por consentimiento informado se entiende el consentimiento obtenido libremente sin amenazas ni persuasión indebidas, de pacientes con capacidad mental suficiente después de proporcionarles información adecuada y comprensible. Respecto de tales pacientes los profesionales de salud mental deberán tratar de obtener ese consentimiento después de conversar con el paciente, y con otras personas elegidas por el paciente, sobre la naturaleza de su enfermedad mental, el carácter, el propósito y la duración del tratamiento propuesto, los métodos concretos que han de utilizarse durante el tratamiento, los dolores o incomodidades posibles, los riesgos y secuelas posibles y los beneficios que se espera obtener tanto de ese tratamiento como de otros tratamientos alternativos. Respecto de pacientes que no estén en completa posesión de sus facultades mentales como para dar un consentimiento informado, los profesionales de salud mental procurarán obtenerlo de las personas o instituciones responsables del bienestar del paciente, como tutores, parientes o tribunales, después de proporcionarles la misma información."

45. Finlandia señaló que, lógicamente las intervenciones quirúrgicas practicadas para cambiar el sexo del paciente, de cualquier otra forma que excluya la castración deberían también ser incluidas en una recomendación como la contenida en el párrafo 3 del artículo 12.

46. Los Países Bajos estimaron que el consentimiento al que se aludía en el artículo 12 debía otorgarse por escrito.

47. En opinión del Reino Unido, el párrafo 3 de este artículo debería incluir una disposición según la cual, en determinados casos, si el paciente era incapaz de comprender la naturaleza del tratamiento y no podía dar su consentimiento, el médico debería someter el asunto a la decisión de una autoridad independiente apropiada prevista por la ley o a un tribunal.

48. Con referencia al párrafo 3, la UNESCO manifestó que a falta del consentimiento informado del paciente, no parecía suficiente que la decisión dependiera de una sola autoridad independiente especializada. Debería preverse por lo menos la existencia de una opinión contradictoria.

49. El Reino Unido propuso la siguiente nueva redacción del párrafo 4:

"Deberán establecerse salvaguardias apropiadas de carácter ético o jurídico para proteger los derechos de pacientes voluntarios o involuntarios que estuvieran incapacitados para dar su consentimiento informado respecto de la realización de ensayos clínicos y tratamientos experimentales. En el caso de pacientes capaces de dar dicho consentimiento informado, los mencionados ensayos y tratamientos sólo podrán realizarse una vez obtenido este consentimiento."

G. Internamiento voluntario en una institución psiquiátrica

Artículo 13

50. Finlandia expresó que, a pesar de los esfuerzos realizados por evitar prejuicios y estigmas y por integrar las instituciones psiquiátricas a otros establecimientos sanitarios, las disposiciones del presente artículo podían estigmatizar a los establecimientos que prestan servicios a las personas que padecen una enfermedad mental. En consecuencia, su redacción debería ser reconsiderada para no perjudicar a quienes necesitan cuidados y tratamientos adecuados.

Artículo 14

51. No se formularon observaciones respecto de este artículo.

H. Internamiento involuntario en una institución psiquiátrica

Artículo 15

52. Desde el punto de vista de Finlandia, sería razonable reconsiderar el texto de los artículos 15, 16 y 17 para disminuir su rigor en lo que se refería a reconocer las diferentes tradiciones nacionales.

53. Finlandia estimó que el procedimiento previsto en dichos artículos era costoso y que debían considerarse otros procedimientos capaces de garantizar los mismos niveles de seguridad, en especial si se tenía en cuenta que en todo el mundo faltaban recursos para proveer instalaciones adecuadas para el tratamiento de los enfermos mentales.

54. Finlandia señaló además que el tratamiento involuntario de los toxicómanos en particular, y de determinados grupos de pacientes como los minusválidos mentales, tenía ciertas características comunes con el tratamiento involuntario de los enfermos mentales. Por consiguiente, los principios que se presentaban en el documento deberían aplicarse también -al menos en la mayoría de los casos- al tratamiento, contra su voluntad, de pacientes que no sufren de una enfermedad mental.

55. En opinión de los Países Bajos, el exclusivo interés de los pacientes no constituía una base suficiente para su internamiento involuntario. Además, la existencia de un peligro no debía ser objeto de un juicio precipitado.

56. El Reino Unido declaró que al examinar el párrafo 1 de este artículo sería conveniente que el Grupo de Trabajo considerara el texto de la resolución R (83) 2 del Consejo de Europa sobre la protección de las personas que padecen algún trastorno mental internadas sin su consentimiento (art. 3):

"No existiendo ningún otro medio de prodigar el tratamiento apropiado:

- a) Un paciente puede ser internado en un establecimiento solamente si, en razón del trastorno mental que padece, constituye un peligro grave para sí y para otros pacientes;
- b) Los Estados pueden, sin embargo, disponer el internamiento de un paciente si, en razón del carácter grave de su trastorno mental, el hecho de no internarlo puede agravar su trastorno o impedir que sea tratado de manera adecuada."

57. El Reino Unido propuso igualmente otra redacción para la primera frase del párrafo 2 que diría así: "El internamiento involuntario deberá ser inicialmente por un período determinado, con fines de observación y tratamiento preliminar mientras un tribunal...".

58. El Comité Consultivo Mundial de la Sociedad de los Amigos opinó que el párrafo 1 de este artículo debería volver a redactarse como sigue:

"Una persona será admitida o retenida en una institución psiquiátrica como paciente involuntario sólo si dos profesionales de salud mental consideran que hay un riesgo inmediato o inminente de que la persona, debido a..."

59. Sugirió además que el párrafo 3 del mismo artículo se redactara nuevamente como sigue:

"Para los fines del presente artículo se evaluará el interés superior de la persona de acuerdo con lo que sea más beneficioso para ella."

I. Revisión y apelación

Artículo 16

60. Guinea Ecuatorial propuso que en el texto español se sustituyera en el párrafo 4, segunda línea, del artículo 16 la palabra "cumpliendo" por "dando" o "apreciando". Estimó también apropiado insertar en el párrafo 5 del artículo, después de las palabras "que haya comprobado", las palabras "después de examinar al paciente".

61. Los Estados Unidos de América sugirieron que el texto del párrafo 5 de este artículo debía ajustarse a la definición que figura en el artículo 2. Así, el párrafo 5 debería enmendarse como sigue:

"El paciente podrá ser dado de alta en cualquier momento por un profesional de salud mental autorizado que haya comprobado que se cumplen satisfactoriamente los requisitos para su egreso."

62. El Reino Unido sugirió añadir en el párrafo 5 las palabras "u órgano de revisión" después de las palabras "profesional de salud mental autorizado".

63. Respecto del párrafo 5, Venezuela estimó que las palabras "profesional de salud mental autorizado" podían llevar a confusión en países donde el alta o el egreso del paciente es un acto médico. Sugirió, en consecuencia, que dicho párrafo se redactase de la siguiente manera:

"El paciente podrá ser dado de alta en cualquier momento por un médico autorizado que haya comprobado que se cumplen los requisitos médicos para su egreso."

64. Con referencia al párrafo 6, el Reino Unido propuso que este párrafo comenzara como sigue:

"El paciente o su representante o cualquier otra persona cuyos derechos o intereses se ven afectados tendrá derecho a apelar ante un tribunal superior contra la decisión de internar al..."

J. Procedimientos a que tiene derecho el paciente

Artículo 17

65. El Reino Unido propuso la enmienda siguiente a la segunda frase del párrafo 1:

"Si el paciente no obtiene por sí mismo dichos servicios y desea tener un representante, el órgano de revisión le asignará un abogado u otro representante calificado. Los servicios de ese abogado u otro representante calificado serán gratuitos para el paciente salvo que sus recursos le permitan sufragar la totalidad o parte de los costos de su representación."

66. Por las razones que se mencionan en el párrafo 22 supra los Estados Unidos de América sugirieron que el segundo párrafo de este artículo se enmendara del modo siguiente:

"El paciente y su representante podrán solicitar y presentar al órgano de revisión y a las autoridades de la institución, informes médicos independientes y cualquier otra prueba pertinente."

67. Guinea Ecuatorial consideró que en el párrafo 2 la palabra "y" debería sustituirse por "y/o". Opinó igualmente que deberían indicarse los casos en que este informe podía presentarse y los fines que con ello se perseguiría.

Artículo 18

68. El Reino Unido señaló que en su país el acceso a los historiales o expedientes clínicos de los pacientes podían ser consultados por un médico registrado en representación de un paciente o de un ex paciente, pero que los propios pacientes no tenían acceso a ellos.

K. Procedimientos penales

Artículo 19

69. En opinión del Gobierno de los Países Bajos, el artículo 19 debería enmendarse como sigue. La disposición que hace referencia a que los artículos del Proyecto de Principios se aplicarán, con las adaptaciones del caso, "a los delincuentes enfermos mentales que ingresen en una institución psiquiátrica" debería estar abierto a una interpretación que permitiera apartarse de lo estipulado en los artículos del proyecto de principios relativos a esta categoría. En los Países Bajos, el tratamiento psiquiátrico obligatorio de los delincuentes (que es una sanción penal) en virtud de una orden de internamiento, es de responsabilidad del Ministro de Justicia, lo que quiere decir que, en determinadas circunstancias, es posible someter a censura la correspondencia de los pacientes, que el tribunal penal que periódicamente decide la prolongación de una orden de internamiento debe actuar como órgano de revisión, que el Ministro de Justicia debe decidir la liberación de un paciente mientras esté vigente una orden de internamiento, que al proceder así el Ministro probablemente estará actuando como órgano de revisión y que no se autorizará a los pacientes a conocer todas las informaciones que les conciernen.

Artículo 20

70. Guinea Ecuatorial señaló que, en principio, era bastante peligroso admitir, así llanamente, el ingreso de personas que no están afectadas por enfermedades mentales en instituciones psiquiátricas. Lo que sí sería obvio es el ingreso en tales instituciones de personas sospechosas de padecer enfermedades mentales.

71. Los Estados Unidos de América opinaron que debía aclararse el artículo 20 a fin de especificar que las personas que no padecen enfermedades mentales no deberían ser internadas en instituciones psiquiátricas.

72. Venezuela estimó que no era ético ingresar personas que no padecían enfermedades mentales en instituciones psiquiátricas. El artículo 20 se prestaba a confusión y convendría eliminarlo.

L. Recursos

Artículos 21 y 22

73. No se formularon observaciones respecto de estos artículos.

M. Aplicación

Artículos 23 y 24

74. En opinión de Venezuela, el estudio de este asunto no debía concluir con la aprobación de este conjunto de principios sino que deberían establecerse mecanismos que vigilen la aplicación de los mismos.

N. Directrices sobre procedimientos penales (art. 19.2)

Anexo A

75. El Gobierno de los Estados Unidos de América apoyó en general el texto actual del anexo A. Sugirió sin embargo, que se modificara de manera que la mayoría de las protecciones y procedimientos especiales se aplicaran a personas con "enfermedades mentales graves" tal como se definía en el artículo 2 del proyecto de principios y no a todos los que padecieran alguna forma, aunque leve, de enfermedad mental.

76. Con referencia a lo dispuesto en el párrafo 2 de la directriz III del anexo A, los Estados Unidos de América señalaron que las personas acusadas de un delito, incluidos los enfermos mentales, no podían por lo general ser obligados a testificar contra ellos mismos. No obstante, ciertas personas, incluidas las aquejadas de enfermedades mentales leves, podrían ser obligadas a testificar en otras circunstancias. En estas circunstancias, sólo quienes tuvieran la capacidad de testificar deberían ser obligados a hacerlo.

77. Los Estados Unidos de América estimaron también que varios párrafos del anexo A necesitaban cambios como los que habían propuesto para otros artículos.

78. España indicó que la previsión o garantía contenida en el párrafo 2 de la directriz III suscitaba serias dudas por su carácter general, dado que no parecía existir justificación clínica suficiente para que fuera de aplicación a todos los enfermos mentales. En la abundante bibliografía existente sobre psiquiatría forense se determinaba con claridad, entre otros importantes aspectos, a qué tipo de enfermos se les debía aplicar este artículo y cuáles estarían suficientemente capacitados para prestar declaración ante la autoridad judicial.

79. El Reino Unido sugirió que sería mejor redactar la directriz IX como sigue:

"Al preso condenado que padezca una enfermedad mental se le proporcionarán los cuidados y el tratamiento de salud mental adecuados y se le trasladará desde la prisión a una institución psiquiátrica ordinaria si en la prisión no se dispone de cuidados y tratamientos psiquiátricos adecuados y de espacio especial apropiado, pero sólo durante el tiempo necesario."