

**UNIVERSIDAD DE BARCELONA Y UNIVERSIDAD PARA LA COOPERACIÓN
INTERNACIONAL**

FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES

***LA REGULACIÓN DEL INTERNAMIENTO
PSIQUIÁTRICO INVOLUNTARIO
EN COSTA RICA***

MAESTRÍA EN SOCIOLOGÍA JURÍDICO PENAL

Y

MAESTRÍA EN CRIMINOLOGÍA CON ÉNFASIS EN SEGURIDAD HUMANA

MARINA VALDEZ KRAVTSOVA

SAN JOSÉ, COSTA RICA

1 DE JUNIO DE 2014

DEDICATORIA

Para las mujeres que más admiro y que ocupan un espacio primordial en mi vida: Natalia Kravtsov, Ana Villegas y Ana Valdez. Su soporte, inspiración y fe en mí son, y serán siempre, un motivo para continuar el camino.

Para todas aquellas personas que viven o han vivido el estigma de la enfermedad mental, por ser los ojos a esa parte del mundo que “los normales” no pueden ver.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a toda mi familia por su apoyo, por creer en mí y motivarme en este proceso para seguir estudiando.

A mis amigos de corazón, por darme siempre ánimo y fuerzas para seguir adelante.

A la Universidad para la Cooperación Internacional y los Profesores de la Universidad de Barcelona, porque sus cursos me han motivado a continuar estudiando.

A todas las personas que amablemente accedieron a compartir sus vivencias y valiosa información, para aportarlas al presente trabajo.

"La verdadera locura quizá no sea otra cosa que la sabiduría misma que, cansada de descubrir las vergüenzas del mundo, ha tomado la inteligente resolución de volverse loca."

Heinrich Heine

Indice General

RESUMEN EJECUTIVO.....	1
Capítulo I Marco Teórico	4
1.1. El tema de investigación.....	4
1.2. Justificación	5
1.3. Marco teórico, definiciones y conceptos.....	7
Capítulo II La salud mental y el enfermo mental.....	17
2.1 Antecedentes históricos de la enfermedad mental y la psiquiatría	17
a. Los orígenes en las sociedades antiguas.....	18
b. El surgimiento de la psiquiatría en Europa durante el siglo XIX.	21
c. Las tres etapas de la psiquiatría moderna en Europa.	21
2.2. Los orígenes de la medicina y la psiquiatría en Costa Rica.....	31
a. Los inicios y creación del Hospital Nacional Psiquiátrico	36
b. De la Junta de Caridad a la Junta de Protección Social	41
c. Traspaso del Hospital Nacional Psiquiátrico a la Caja Costarricense del Seguro Social	43
d. La Década de los noventa: La Conferencia Regional para la Reestructuración de la	
Atención Psiquiátrica y la Declaración de Caracas.	46
2.3 Estructura y organizacional del Hospital Nacional Psiquiátrico	54
Capítulo III. El internamiento psiquiátrico.	58
3.1 Clasificaciones de internamiento por trastornos psíquicos.	58
3.2 Principales instrumentos que regulan la salud mental en relación al internamiento	
psiquiátrico en Costa Rica y en el ámbito internacional.	59
3.3 Regulación del internamiento involuntario y el derecho a libertad en la legislación	
costarricense. El principio de reserva de ley.	61
3.4 España. Análisis comparativo con el caso costarricense.....	64
3.5. Breve análisis de entrevista realizada a una paciente y a su madre sobre su	
experiencia de internamiento involuntario en el HNP.....	66
Conclusiones	69
Bibliografía.....	70
Anexos	75

RESUMEN EJECUTIVO

La psiquiatría positivista (la cual se encuadra dentro de uno de los grandes métodos de dominación del hombre impuestos sobre el hombre) nació a finales del siglo XIX y fue contemporánea al pensamiento ilustrado. Mediante ésta, se pretendió la creación de un saber o conocimiento objetivo y controlable que explicara las razones de determinadas conductas consideradas fuera de lo normal¹. Emil Kraepelin, considerado padre de la nosología psiquiátrica, acuñó el concepto de “enfermedad”² mental, a la cual atribuyó causas biológicas y genéticas, clasificando y sistematizando signos y síntomas de diferentes padecimientos. Para algunos, la clasificación de Kraepelin fue una redefinición de las teorías de Lombroso aplicadas al estudio de la enfermedad mental (Lees A.:2002).

Cesare Lombroso, médico italiano de origen judío, introdujo antes que Kraepelin una ciencia psiquiátrica y antropológica de carácter experimental e influenciado por las teorías de Darwin y estudios de biólogos, psiquiatras y fisónomos, realizó aportes que tuvieron un impacto fundamental en la concepción de los enfermos mentales y de los delincuentes (García-Pablos de Molina, 1999: 379). Lombroso, a quien se le atribuye el nacimiento de la criminología científica, estableció una relación entre anomalías físicas (que fueron realmente estigmas) y el individuo desviado, fuera de lo normal y por lo tanto peligroso para la sociedad. Ésta fue una poderosa herramienta para clasificar y aislar a cualquier sujeto al que pudiera catalogarse como una amenaza social³.

¹ Los críticos han señalado que este intento de lograr un conocimiento objetivo en la psiquiatría es una simple ilusión, cuyo logro real ha sido la psicopatologización de cuestiones de carácter humano y social.

² Se cuestiona el término de “enfermedad mental” como fenómeno con un carácter meramente biológico y relacionado únicamente a procesos mórbidos.

³ Este criterio de peligrosidad es exactamente el mismo que se utiliza hoy en día para la institucionalización de individuos considerados enfermos y un riesgo para sí mismos o para la sociedad.

Muchos años después, ésta corriente criminológica evolucionó, sustituyendo las orientaciones biológicas por el análisis sociológico. No obstante, en el caso de la psiquiatría, esto no sucedió, prevaleciendo el corte positivista y biológico, que más adelante dio paso a la psicofarmacología, que tanto apogeo ha tenido en la sociedad actual. Los trastornos psiquiátricos, al ser oficialmente concebidos como deficiencias o enfermedades orgánicas, se consideran susceptibles de “cura” principalmente a través de la medicación y del tratamiento por parte de profesionales de la salud en los nosocomios y con terapia medicamentosa.

Es de esta manera que, paradójicamente, hemos evolucionado desde lo que Shorter (2007) ha denominado una *Era del Asilo*, en la cual predominó la contención de carácter físico (camisa de fuerza, aislamiento, etc.) a una época moderna del *prozac*, en la cual la contención⁴ se resuelve mayoritariamente en términos químicos.

Como señala Thomas Szasz (1999:13) en su obra *Ideología y Enfermedad Mental*, el hombre, al buscar alivio para sus responsabilidades morales

“...mistifica y tecnifica los problemas que se le plantean en la vida; y por otra parte, la demanda de ‘ayuda’ así generada es satisfecha ahora mediante una tecnología de la conducta que se muestra muy dispuesta a liberar al hombre de sus cargas morales tratándolo como a un enfermo. Esa necesidad humana y la respuesta técnico-profesional a ella conforman un ciclo autónomo que se asemeja a lo que los físicos nucleares denominan una reacción auto generadora: una vez iniciado y después de alcanzar una etapa ‘crítica’, el proceso se nutre a sí mismo, transformando más y más problemas y situaciones humanos en ‘problemas’ técnicos especializados que deben ser ‘resueltos’ por los llamados profesionales en la salud mental...”

Este pretendido alivio o escape a los problemas de la realidad humana representa un arma de doble filo, toda vez que otorga legitimación social y política al médico, al asumirse que es este quien cuenta con el conocimiento especial para declarar quién es enfermo y quién no lo es. Como agravante de la situación anterior está la consecuencia inmediata el diagnóstico: el control sobre el cuerpo del paciente. Esto ocurre cuando el profesional en salud tiene la potestad de coartar la libertad del paciente, por ejemplo, en el caso del internamiento involuntario, que implica la

⁴ Al utilizar este término se hace referencia a la dominación del cuerpo.

restricción de la libertad personal y el confinamiento en una institución total, como el hospital psiquiátrico.

Capítulo I Marco Teórico

1.1. El tema de investigación

El presente trabajo tiene como objeto de estudio la regulación legal del internamiento psiquiátrico involuntario en Costa Rica. En nuestro país, el internamiento psiquiátrico involuntario se entiende como aquel procedimiento mediante el cual a un paciente con un padecimiento de carácter mental (reconocido médicamente y que resulte peligroso para si o para terceros) le es restringida su libertad mediante su ingreso en un centro de asistencia con fines de tratamiento.

Este procedimiento plantea importantes cuestiones, al restringir éste la libertad ambulatoria o de tránsito, que se encuentra protegida por nuestra Constitución. Además de lo anterior, el internamiento involuntario plantea otra serie de dudas respecto a la libertad de determinación del paciente, toda vez con el ingreso hospitalario, este pierde no sólo la libertad de desplazarse libremente, sino que en un sentido genérico, pierde su poder de decisión, al encontrarse sometido a una serie de reglas intrahospitalarias, a las cuales éste no necesariamente ha consentido.

En Costa Rica, a diferencia de otros países, el internamiento psiquiátrico involuntario como medida restrictiva de derechos, no requiere de autorización judicial ni se encuentra sometido a un control jurisdiccional. A efectos del presente trabajo, consideramos que toda acción del Estado (o de órganos que actúen en su representación) que coarte derechos fundamentales debe necesariamente encontrarse regulada por ley. En el caso de los internamientos involuntarios, se considera a los mismos como contrarios a la Constitución, ya que se encuentran enteramente en manos del criterio de un profesional en medicina.

En un proceso como la internación involuntaria, derechos y responsabilidades se encuentran en una línea muy delicada que fácilmente puede traspasarse, cayendo en posibles violaciones de los derechos del paciente y en arbitrariedad. Lo anterior plantea la necesidad urgente de que este tipo de procedimientos se encuentren regulados rigurosamente por ley.

1.2. Justificación

Nuestro país se ha caracterizado por una tradición de paz y de respeto de los Derechos Humanos de sus habitantes. Con la finalización de la Guerra Civil de 1948 y la aprobación de la Constitución Política de 1949, así como la proclamación de la Segunda República, se marcó en la historia de Costa Rica un nuevo periodo que trajo importantes cambios, a partir del cual los derechos civiles y políticos se consolidaron y garantizaron para todos los ciudadanos.

De conformidad con dichos cambios, nuestro país ha dado importantes pasos hacia la consolidación de un Estado Democrático y de Derecho, suscribiendo una amplia lista de instrumentos internacionales en pro de la defensa y respeto de los derechos de todas las personas. Los Derechos Humanos son universales, imprescriptibles, inalienables e irrenunciables. Poseen además un carácter programático, en el sentido de que la legislación y políticas públicas de los Estados deben crearse de acuerdo a un fin de tutela, protección y promoción de los mismos.

El Estado, en su labor de gestión pública, juega un papel fundamental en la consecución del respeto de estos derechos, esto ya que no basta únicamente su reconocimiento formal a través de creación de leyes y suscripción de tratados, sino que es necesario que estos derechos sean llevados de manera efectiva a la práctica, de manera en que no se conviertan en letra muerta en la legislación.

En el caso específico de las personas que padecen de una enfermedad mental, es necesario apuntar que éstas poseen una mayor vulnerabilidad a que sus derechos sean violentados con más facilidad y frecuencia. A los enfermos mentales en general, se suman también las personas con discapacidades, ya sean físicas y/o psíquicas. Estos grupos, por sus características presentan una vulnerabilidad⁵ especial que los

5 Las Reglas de Brasilia sobre Acceso de Justicia de las Personas en Condición de Vulnerabilidad define en la sección 2da del I capítulo que “se consideran en condición de vulnerabilidad a aquellas personas que, por razón de su edad, género, estado físico o mental, o por las circunstancias sociales, económicas, étnicas y/o culturales, encuentran especiales dificultades para ejercer con plenitud “... los derechos reconocidos por el ordenamiento jurídico ...” y en la misma sección define como discapacidad “... la deficiencia física, mental o sensorial, y sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social ...”

expone con más facilidad a posibles violaciones de sus derechos fundamentales y humanos.

Es de todos sabido que los enfermos mentales son más propensos a sufrir de aislamiento por parte de la sociedad. La discriminación hacia este grupo adopta las más variadas formas y afecta todas las áreas de la vida de estas personas, en donde se generan y existen estigmas que *per se* son muy difíciles de borrar.

Las condiciones mentales y/o físicas de los pacientes psiquiátricos tornan necesario, en muchos casos, la hospitalización de éstos en una institución especializada, con el fin de proveerles del tratamiento médico requerido y que no siempre puede brindárseles en su hogar. Este es el caso de los criterios de peligrosidad, que justifican sacar a estas personas de la comunidad y de sus familias para remitirlas a los centros médicos, sin que les sea garantizada una reincorporación efectiva a la vida que solían llevar, antes de la crisis que provocó su internamiento en el nosocomio.

La salud mental es un asunto que afecta múltiples sectores de nuestra sociedad, como por ejemplo los campos de educación, empleo, vivienda, servicios sociales y justicia, entre otros. Por tal razón, se han generado esfuerzos por parte del Estado en la promoción de una adecuada política⁶ de salud mental para los ciudadanos y la creación de conciencia, a fin de derribar las barreras sociales que impiden a los enfermos mentales tener los mismos derechos que el resto de la ciudadanía. No obstante queda mucho trabajo por realizar en este sentido.

El valor del respeto a la dignidad humana es el más importante de todos. Para hacer efectivo el respeto y protección de las personas con padecimientos mentales es necesario contar con una base normativa sólida, que establezca en forma precisa el resguardo especial de los derechos de estas personas. Por lo anterior, la presente investigación se ha planteado como interrogante si la normativa nacional es lo suficientemente sólida y completa para resguardar los derechos de estos grupos. Lo

⁶ En nuestro país existe actualmente una política en salud mental (2012-2021) en cuya implementación se está haciendo énfasis en la recolección de datos epidemiológicos, datos sobre inversión económica en atención, cantidad de camas en establecimientos psiquiátricos privados y públicos, cantidad de profesionales en ejercicio, etc. El objetivo general de esta política pública consiste en la promoción, rehabilitación y reinserción con un enfoque comunitario, así como la reducción de los trastornos mentales y del comportamiento.

anterior haciendo especial énfasis en el respeto y la protección de la libertad ambulatoria de las personas con trastornos mentales. De tal manera, en el presente trabajo se pretende realizar un análisis normativo de la regulación del internamiento involuntario y comprobar si esto se contradice con los principios y derechos establecidos en nuestra Constitución Política, así como en los principales instrumentos internacionales relacionados con salud y discapacidad.

La Organización Mundial de la Salud señala que la salud mental abarca “...aspectos del bienestar subjetivo, tales como la percepción de la propia eficacia, la autonomía, la competencia, la dependencia intergeneracional y la autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales del ser humano...” (Azofeifa, 2008: 16) y ha sido categórica al señalar que existe una falta de comprensión generalizada sobre lo que puede constituir una violación de uno o de varios derechos. Lo anterior debido a que muchas personas ven en los enfermos mentales a un grupo ajeno y que no cuentan con los mismos derechos de aquellos que no padecen de un desorden o de una discapacidad mental.

1.3. Marco teórico, definiciones y conceptos

Durante los últimos años la salud mental ha adquirido importancia prioritaria en la agenda de los gobiernos y las sociedades de los países latinoamericanos. Debido a las limitaciones y dificultades existentes en América Latina en relación con el desarrollo de la atención psiquiátrica, a partir del año 1990 se gestó un movimiento denominado “Iniciativa para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica” (en adelante Iniciativa para la Reestructuración), al cual se sumaron varios de los países de la región y fue celebrada en Caracas, Venezuela en noviembre de 1990 (Rodríguez, 2007: 118).

En estos procesos de reestructuración la Organización Panamericana de la Salud jugó y ha venido desempeñando un papel importante, al ofrecer cooperación técnica a los países. La Iniciativa para la Reestructuración culminó con la adopción de la “Declaración de Caracas”, documento que ha dejado una marca histórica en la región y ha servido en diversos países como base para acciones concretas en el mejoramiento de la salud mental. Con la Declaración de Caracas se pretendió hacer

énfasis en dos ejes fundamentales: asegurar el respeto a los derechos humanos y civiles de los enfermos mentales y promover la organización de los servicios comunitarios de salud que garanticen su cumplimiento. Con dicha conferencia se realizó un llamado a una reforma radical, basada en la educación y en el aumento de la toma de conciencia sobre la situación de las personas con padecimientos mentales y el respeto de sus derechos.

Además, con la declaración de Caracas, se marcó una nueva estrategia en la atención de los problemas psiquiátricos, cambiando el paradigma hospitalario al paradigma comunitario. Lo cual implica la creación de redes de salud mental, una política preventiva sobre salud mental y la educación e información a la ciudadanía sobre este tema. Esto al considerar que el modelo asilar *“crea condiciones desfavorables que ponen en peligro los derechos humanos y civiles del enfermo”*⁷.

Para lograr este objetivo del pleno respeto de los derechos de los enfermos mentales se ha considerado que la legislación sobre salud mental cumple un papel esencial. Tanto como complemento y refuerzo de las políticas públicas adoptadas por el Estado en esta materia, como para brindar el marco legal indispensable para alcanzar estos objetivos. La legislación puede proteger los derechos humanos, mejorar la calidad de los servicios de salud mental y promover la integración en la comunidad de las personas con trastornos mentales.

Es de relevancia señalar que internacionalmente, los derechos de los enfermos mentales se encuentran contemplados en diversos instrumentos. De manera general en legislación internacional de carácter vinculante, mientras su regulación específica concurre en algunos instrumentos internacionales no vinculantes, por ejemplo en diversas declaraciones.

⁷ La declaración de Caracas señala en su preámbulo que *“... la atención psiquiátrica convencional no permite alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva; (...) Que el hospital psiquiátrico, como única modalidad asistencial, obstaculiza el logro de los objetivos antes mencionados a: a) aislar al enfermo de su medio, generando de esa manera mayor discapacidad social, b) crear condiciones desfavorables que ponen en peligro los derechos humanos y civiles del enfermo, c) requerir la mayor parte de los recursos financieros y humanos asignados por los países a los servicios de salud mental, d) impartir una enseñanza insuficiente vinculada con las necesidades de salud mental de las poblaciones, de los servicios de salud y otros sectores ...”*

La Declaración de Hawaii/II indica que *“el psiquiatra debe servir a los supremos intereses del paciente lo mejor que lo permitan sus capacidades acordes a los conocimientos científicos y a los principios éticos aceptados (...)”* ofreciendo *“(...) al paciente la mejor terapia que este a su alcance y, si es aceptada, debe tratar al paciente con la solicitud y el respeto que se debe a la dignidad de todos los seres humanos”*.

Por otra parte, la proposición de la Asociación Mundial de Psiquiatría sobre los Derechos y la Protección Legal de los Enfermos Mentales, adoptada por la Asamblea General en Atenas en 1989, que complementa los postulados de la Declaración de Hawaii, señala que:

*“...Las personas que sufren de una enfermedad mental deben gozar de los mismos derechos humanos y libertades básicas que los otros ciudadanos. No deberán estar sujetas a una discriminación por razones de una enfermedad mental. Los enfermos mentales tienen el derecho de recibir un trato profesional, humano y digno. Deben ser protegidos contra la explotación, el abuso y la degradación...”*⁸

Además, la División de Salud Mental y Prevención del Abuso de Sustancias de la OMS elaboró diez principios básicos de las normas para la atención de la Salud Mental, dentro de los cuales se incluye y se hace énfasis principalmente en la provisión del tipo de atención menos restrictivo, el nivel de autonomía y la aceptación y cooperación del paciente. Además en la autodeterminación, en la cual se requiere el consentimiento antes de que se produzca cualquier tipo de interferencia y en donde se supone que los pacientes son capaces de tomar sus propias decisiones, a menos que se pruebe lo contrario. Asimismo, se hace mención del derecho a ser asistido en el ejercicio de la autodeterminación –si tiene dificultades para ejercerla–, a la disponibilidad del procedimiento de revisión y al mecanismo automático para revisión periódica, en casos de tratamientos que afecten la integridad o de hospitalización prolongada.⁹

⁸ Proposición y Puntos de Vista de la AMP sobre los Derechos y la Protección Legal de los Enfermos Mentales Adoptada por la Asamblea General de la AMP en Atenas, Grecia, 17 de Octubre, 1989. Disponible en: http://www.gador.com.ar/iyd/libros/mps_wpa.htm#propamp

⁹ Asociación Psiquiátrica de América Latina. Sitio web e información disponible en: <http://www.apalweb.org/principal.php>

De igual forma, la Observación General No.14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales señala que el derecho a la salud contiene tanto libertades como derecho a prestaciones. Las libertades incluyen el derecho a controlar el propio cuerpo y salud, incluyendo la libertad sexual y reproductiva, y el derecho a no sufrir interferencias, como el derecho a no sufrir tortura o a no ser objeto de tratamientos y experimentaciones médicas no consentidas.

Por estas entre otras razones, se ha considerado en este trabajo que la legislación cumple un papel fundamental en aras del pleno respeto de los derechos de los enfermos mentales. Tanto como complemento y refuerzo de las políticas públicas adoptadas por el Estado en esta materia, como para brindar el marco legal indispensable para alcanzar este objetivo. A través de la legislación se puede proteger los derechos humanos, mejorar la calidad de los servicios de salud mental y promover la integración en la comunidad de las personas con trastornos mentales.

Desafortunadamente, en nuestro país, el ingreso involuntario de personas con una enfermedad mental en un centro especializado, se encuentra regulado de manera muy superficial e inconcreta en el artículo 30 de la Ley General de Salud número 5395. Este señala que dicho internamiento debe cumplir con los requisitos de la curatela y debe ser comunicada al Juez de Familia (que en este caso corresponde al de la jurisdicción en la cual reside el paciente) en un plazo máximo de 24 horas. En teoría, dicha notificación de la institución psiquiátrica al juez de familia se realiza con el propósito de que el juez nombre un curador, a quien le corresponde la defensa de los derechos del paciente¹⁰.

No obstante, lo que en la práctica sucede es que la notificación realizada por la institución psiquiátrica al Juzgado de Familia de la comunidad del paciente, se convierte en un mero acto formal. Lo anterior se da por cuestiones de legalidad ya que el juez de familia no puede nombrar un curador de oficio sin que antes haya

¹⁰ En Costa Rica el internamiento involuntario de personas con enfermedades mentales a establecimientos psiquiátricos es de carácter administrativo y sin control judicial, en el cual el director del centro debe comunicar al Juzgado de Familia el hecho del internamiento. No obstante, dicha comunicación no es objeto de mayores trámites ni control jurisdiccional.

mediado un proceso de insania¹¹ o de interdicción, en el cual haya sido declarado judicialmente y de manera previa la incapacidad del sujeto¹².

Unos de los instrumentos internacionales que a pesar de no ser vinculante resulta de gran importancia (debido a su específica regulación) son los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención en la Salud Mental. Dichos principios se refieren de manera exclusiva en el numeral 16 sobre el internamiento voluntario y señalan lo siguiente:

- La internación involuntaria puede realizarse únicamente cuando un médico calificado por ley determine que una persona sufre de una enfermedad mental y sólo en los siguientes casos: debe demostrarse en primer lugar, que en razón del padecimiento de índole mental el paciente corre riesgo de grave daño para sí mismo o hacia terceros. En segundo lugar, ha de demostrarse que la no admisión o retención del paciente puede llevar a un deterioro considerable de su condición, o bien cuando el tratamiento puede ser llevado a cabo sólo si éste es admitido en la institución.
- La retención involuntaria deberá realizarse por un periodo breve, determinado por ley, mientras un órgano de revisión decide la procedencia del internamiento.
- Una institución psiquiátrica sólo podrá admitir pacientes involuntarios cuando haya sido facultada para tales efectos, por autoridad competente, prescrita por ley.

Los insumos anteriores, nos llevan preguntarnos en el presente trabajo si efectivamente, el internamiento psiquiátrico involuntario se encuentra

¹¹ El proceso de insania es aquel proceso judicial tendiente a declarar la incapacidad de una persona.

¹² En nuestro país existe el problema de que si bien la ley establece que el internamiento involuntario debe cumplir con los requisitos de la curatela, en la práctica esto no ocurre, pues las personas internadas por razones de salud mental no han sido sometidas a un proceso de interdicción previo. Esto impide que les sea nombrado un curador, figura que de todas maneras, tiene fines más patrimoniales que de defensa de los derechos de estas personas. Lo que sucede en la práctica entonces, es que las notificaciones llegan a los juzgados de familia y se archivan, no existiendo control jurisdiccional de la decisión de internamiento. Lo mismo sucede con los plazos, los cuales no están regulados por la ley ni sometidos a control.

suficientemente regulado y si protege satisfactoriamente los derechos de los pacientes.

Desde la perspectiva analítica del mismo, se observará el internamiento involuntario como un hecho que ocurre dentro de una institución total, lo cual implica una serie de efectos en las personas internadas, tanto desde el punto de vista sociológico, como jurídico (respeto o irrespeto de derechos que teóricamente se ven coartados con la hospitalización).

Desde un punto de vista sociológico y desde la perspectiva de un autor como Foucault, los hospitales psiquiátricos representan instituciones totales, con la estructura del panóptico, en las cuales se pretende adherir al individuo a un sistema determinado y “normalizarlo” a través de su constante observación y sometimiento. Estas instituciones se caracterizan por la vigilancia y formas disciplinantes de los individuos que se encuentran sometidos a ellas, a quienes se pretende moldear a fin de obtener una respuesta predecible de éstos. La esencia de este tipo de instituciones, nos guste o no, es el control no únicamente físico, sino que además psicológico de quienes se encuentran sujetos a ellas. A través de la sanción, de la corrección o bien del castigo, se pretende la inclusión del individuo en la sociedad, en la cual la adaptación a ciertas estructuras y jerarquías resulta indispensable para que ésta funcione de forma conveniente para ciertos grupos (en este caso, nos referimos al resto de la sociedad, que ve al “loco” como un ser anormal y que no calza adecuadamente en ella).

Según ha sido señalado por otro autor que ha trabajado considerablemente en este tema, Goffman (2001), las instituciones totales se definen principalmente por ser lugares en los que se reside y se trabaja, por lo tanto, en donde se llega a compartir un estilo de vida. Además de esto, es necesario agregar que los individuos que trabajan y viven en la misma deben encontrarse en una situación similar. Es decir, apartados del resto de la sociedad durante un tiempo considerable, y adicionalmente, deben compartir este aislamiento dentro de una rutina regular y formalmente administrada.

Los anteriores rasgos son compartidos en el internamiento en los hospitales psiquiátricos, pero especialmente en los casos de pacientes de larga estancia, que

han sido internados involuntariamente por sus familiares y que en muchos casos son abandonados y convertidos en residentes permanentes del nosocomio. Es importante señalar además que para Goffman (2001:13) otro de los rasgos importantes de las instituciones totales consiste en su carácter absorbente, en donde el tiempo y el interés de los individuos que se encuentran dentro de éstas, crea una especie de mundo propio dentro de sus paredes.

Desde un punto de vista normativo, o de los derechos de los pacientes, se analiza el internamiento involuntario como un proceso que ocurre actualmente en el país, en el que existe un vacío legal y a pesar de lo cual sigue coartándose el derecho a la libertad individual de estas personas, que se desprende del artículo 20 constitucional, así como el de libertad de tránsito, que se encuentra en el numeral 22 del mismo texto.

El derecho a la libertad individual, así como a la libertad ambulatoria, posee rango constitucional y no pueden ser restringidos mediante normativas de rango inferior. Es entonces que de acuerdo con la tesis del constitucionalismo como nuevo paradigma del derecho positivo, planteado por Luigi Ferrajoli, se considera aquí que el apego a la Constitución es un requisito fundamental en un Estado Democrático y una condición a la cual deben sujetarse todos los poderes del Estado, incluyendo las instituciones públicas que ejercen poder en su nombre o con su autorización. En concordancia con lo señalado por Ferrajoli, en este análisis se parte de que los derechos fundamentales establecidos en la Constitución deben ser garantizados y concretamente satisfechos. Lo anterior puede lograrse únicamente a través un garantismo, que representa la contracara y complemento indispensable del constitucionalismo.

Lo anterior debe complementarse con un enfoque desde la óptica de los derechos humanos, ya que en el plano internacional el imperativo de la dignidad humana con todas sus derivaciones (libertad, derecho a la vida, etc.) ha sido desarrollado en diversas declaraciones, convenciones y pactos internacionales de derechos humanos, a los cuales se encuentran sujetos los Estados de la comunidad internacional, incluyendo el nuestro.

- **Definiciones y conceptos:**

-Internamiento u hospitalización psiquiátrica

Se refiere al ingreso de una persona con un diagnóstico psiquiátrico -o bien por toxicomanías- a un centro o nosocomio especializado en el tratamiento de enfermedades mentales. El mismo puede darse de manera voluntaria, como una medida de seguridad dictada por un juez o bien de manera involuntaria.

En cuanto al internamiento involuntario, para Curé Vergara éste se define como *“...el confinamiento o internamiento en una institución de carácter público o privado, en contra de la voluntad de aquel que padece de una enfermedad que afecta de tal manera sus facultades, que no puede dar su consentimiento, con el objeto de recibir atención para, con base en el diagnóstico, determinar el tratamiento a seguir, con la correspondiente medicación”*. (Curé, 2003:14).

-Capacidad jurídica

La capacidad jurídica de las personas puede considerarse como una cualidad inherente a todo ser humano, como sujeto de imputabilidad de derechos, independientemente de su edad o estado jurídico (Pérez Vargas, 1994: 23). El artículo 36 del Código Civil costarricense señala que *“la capacidad jurídica es inherente a las personas durante su existencia, de un modo absoluto y general...”*.

-Consentimiento

El consentimiento es considerado como uno de los aspectos fundamentales en la relación médico-paciente. Consentir es entendido en términos generales como aceptar o autorizar algo. Para Sánchez González (1996), el consentimiento informado se entiende como una forma de expresión de la autonomía del paciente, al ser éste quien autoriza o no el tratamiento médico, no quedando esta decisión exclusivamente en manos del galeno. En este sentido, podrá entonces entenderse este término como una manifestación de voluntad de una persona con capacidad jurídica y de actuar, que conociendo todas las consecuencias de una decisión, opta o no por esta.

-Violencia

Según el Informe Mundial de la OMS (OPS/OMS: 2002) la violencia se entiende como un uso deliberado de la fuerza física o bien del poder. Este uso de la fuerza puede darse tanto por medio de la amenaza como la puesta en práctica de un acto propiamente dicho. Es importante señalar que este concepto resulta sumamente amplio, al abarcar una extensa gama de actos, tales como las intimidaciones y amenazas, no limitándose únicamente a un acto físico. Cabe destacar que mediante ésta, se compromete el bienestar de un individuo, ya sea en grado físico, psíquico o psicológico.

-Enfermedad mental

Para González Pinto (2009: 126), este concepto se define como el *“trasvase del concepto de enfermedad física a los fenómenos mentales”*. Esta definición resulta interesante, ya que pone de relieve la asunción de que determinados fenómenos ocurridos en la mente, sean equivalentes a desbalances o insuficiencias de carácter orgánico. Este término abre una gran discusión respecto a si determinados fenómenos mentales pueden efectivamente catalogarse como “enfermedad” toda vez que este concepto tiene en si una connotación peyorativa y alude a deficiencias más que todo de carácter fisiológico.

-Discapacidad

Según señala el informe mundial de discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (2011), la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y de la Salud (CIF), el cual fue utilizado como base para elaborar dicho informe, la discapacidad es definida como *“un término genérico que engloba deficiencias, limitaciones de actividad y restricciones para la participación”* además, continúa señalando que la discapacidad *“...denota los aspectos negativos de la interacción entre personas como un problema de salud (...) y factores personales y ambientales (como actitudes negativas, transporte y edificios públicos inaccesibles y falta de apoyo*

social)” (OMS, 2011:7)

-Autonomía

El diccionario de la Real Academia Española define autonomía como la condición de alguien o de algo, que no depende de otro sujeto para llevar a cabo determinados actos. En un sentido genérico, entendemos la palabra autonomía como independencia o la ausencia de obstáculos o ataduras que nos impiden realizar comportarnos de determinada forma.

-Libertad

La libertad es un derecho fundamental, que como tal, puede encontrarse sujeto a limitaciones, de acuerdo a la ley. Para la Real Academia Española, la libertad comprende una facultad natural de obrar (o no) de una manera u otra, siendo responsable de los actos. Desde una perspectiva general, puede entenderse la libertad como la posibilidad de desear, pensar y obrar de acuerdo a la propia voluntad, sin que existan límites razonables (verbigracia la ley y la propia libertad de los demás miembros de la sociedad).

Capítulo II La salud mental y el enfermo mental.

En Costa Rica contamos con dos centros hospitalarios especializados en psiquiatría: el Hospital Roberto Chacón Paut, ubicado 4 kilómetros al norte de Tres Ríos en la provincia de Cartago y el Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres (en adelante HNP), ubicado en el distrito de Pavas de la provincia de San José.

El primero de dichos centros hospitalarios data de 1951, tiempo en el cual dio inicio como granja de rehabilitación para pacientes con enfermedades mentales crónicas¹³ y hasta el día de hoy se encuentra funcionando como centro especializado de tercer nivel en atención a la salud de pacientes con trastornos y enfermedades mentales. La inauguración de dicho hospital se dio con el traslado de 60 pacientes desde el Asilo Chapuí (antiguo nombre del actual HNP) a sus instalaciones, a fin de disminuir la condición de hacinamiento en la cual estas personas se encontraban en el segundo nosocomio.

Por otra parte, los inicios del HNP datan del 4 de mayo 1890, los cuales fueron marcados principalmente por la influencia de la psiquiatría predominante en Europa a finales del siglo XIX (Alarcón: 1990). Época durante la cual dicha disciplina fue esencialmente practicada dentro de los manicomios. Costa Rica, como país influenciado por los nuevos conocimientos europeos, inició sus saberes psiquiátricos dentro un sistema asistencial o manicomial, el cual, inicialmente fue concebido como un método bien sea para proteger o bien para aislar a las personas con enfermedades mentales. Como se explicará posteriormente, la creación del HNP se fundamentó en un modelo asilar, basado en los conocimientos desarrollados en Europa durante los cien años anteriores a su fundación.

2.1 Antecedentes históricos de la enfermedad mental y la psiquiatría

¹³ El Hospital Chacón Paut se encuentra definido como nosocomio especializado según decreto 1927G-S, publicada en La Gaceta 230 del 5 diciembre 1989. Cuenta con presupuesto propio y actualmente se encuentra bajo la dirección de la Dra. Neima Alemán Solano.

Para facilitar la comprensión del surgimiento de la psiquiatría como rama especializada de la medicina en nuestro país, resulta importante realizar un repaso histórico del surgimiento de dicha disciplina a nivel internacional. Por ser Europa una región en la cual la medicina moderna tuvo su origen, se iniciará con un breve resumen de los antecedentes y principales etapas históricas de la psiquiatría en dicho continente.

a. Los orígenes en las sociedades antiguas

En Europa, la psiquiatría surgió como rama científica en el siglo XIX, sin embargo, existen referencias históricas de tratamientos de patologías mentales desde la antigüedad. Inicialmente dicha disciplina tuvo como antecedente (así como muchas otras áreas de la medicina) ideas primitivas del hombre, que consideraron algunas patologías como un castigo divino o la acción de demonios, espíritus malignos o brujas. Así incluso hasta llegar a la Edad Media, durante la cual la enfermedad mental fue considerada como un fenómeno diabólico.

Por ejemplo, la epilepsia fue un trastorno constantemente confundido con posesiones demoniacas, e incluso fue tratada con torturas, debido a que según algunas creencias religiosas, con esto era posible liberar el alma del enfermo. Casos como éste se pueden encontrar en el libro *Malleus Malleficarum* o “*Martillo de las Brujas*” (o “*Der Hexenhammer*” en alemán) escrito en 1486 por Johan Sprenger y Henrich Kraemer, dos monjes dominicos de origen alemán. Dicho libro fue publicado en Alemania por primera vez en 1487 y en éste se encontraban descritos signos y síntomas que permitían tratar a las personas que los presentaban con azotes e incluso llevarlos a la hoguera (Acuña: 1979, pág 138). De esta forma fueron tratados muchos casos en los que estas personas fueron consideradas poseídas por el demonio y en realidad se trataba de individuos con enfermedades o discapacidades mentales. Muchos de ellos fueron torturados y asesinados (Ortíz- Osés, 2006:186).

La locura fue también un concepto ampliamente utilizado durante la Edad Media para controlar a toda aquella persona que no se amoldara a lo socialmente establecido. De esa manera, todo aquel que se rebelara contra lo promulgado por la Iglesia o los señores feudales podría ser considerado un brujo, hereje o loco. Dichas

personas se convirtieron posteriormente en objeto persecutorio de la Santa Inquisición, quien se ocupó de su exterminio.

La religión ejerció una gran influencia en la percepción de la locura y fue comúnmente utilizada para explicarla. La locura fue también concebida como tormento y consecuencia del pecado: véase por ejemplo en la Biblia, uno de los textos religiosos más reconocidos en el mundo, que señala lo siguiente:

“... acontecerá, si no oyeres la palabra de Jehová tu Dios, para procurar cumplir todos sus mandamientos y sus estatutos que yo te intimo hoy, que vendrán sobre ti todas estas maldiciones, y te alcanzarán...Jehová te herirá con locura, ceguera y turbación de espíritu...” (Deuteronomio, 28:15-18)

En otras ocasiones el concepto de locura fue equiparado tanto al de herejía como al de enfermedad, por lo cual las fronteras entre la idea de enfermedad como proceso mórbido y enfermedad como fenómeno diabólico no se encontraron estrictamente delimitados. Hélène Tropé (2009) señala que ya desde la época de la Inquisición conceptos tales como herejía, el crimen, enfermedad y locura fueron entremezclados constantemente:

*“... en el Diccionario de los Inquisidores publicado en Valencia en 1494, ya se distinguían varias situaciones según el momento en que sobrevenía la locura. Primero, **si el reo enloquecía después del supuesto crimen** había que darle un curador, de lo que se deduce que los inquisidores consideraban que el proceso debía seguir su curso. Segundo, **se establecía que una especie de locura llamada furor conllevaba la total ignorancia de quien profería palabras heréticas**. Por consiguiente, no se le podía castigar ya que, como subrayaba el canonista español, ‘su locura ya lo castiga bastante’. Como veremos, esta irresponsabilidad del loco acarreaba muchos problemas a los inquisidores, siempre enfrentados a la dificultad de averiguar si la locura de los reos era auténtica...”* (Tropé: 91) (la negrita no corresponde al texto original).

Del texto anterior se desprende que para los inquisidores la cordura se equiparó a la ortodoxia religiosa, o la obediencia a los mandatos de Dios; mientras la locura se equiparó al crimen y a la herejía (Tropé: 97).

El “loco”, “demente” o “insano” fue considerado ante todo como un ser peligroso y una amenaza social que debió ser eliminada, o en el mejor de los casos, aislada en un hospital, en una Casa de Misericordia, convento o monasterio; incluso “...hubo casos de herejes a los que consideraron demasiado peligrosos y cuya locura a pesar de

ser manifiesta, no se apreció como circunstancia eximente o atenuante, y se achacó incluso al demonio ...” (Tropé:97).

Estas ideas continuaron presentes hasta inicios del renacimiento, momento a partir del cual se empezó a acuñar el concepto de locura como un fenómeno de origen biológico. No obstante, este nuevo concepto se formó bajo la premisa de que se trataba de un proceso de carácter irreversible y por lo tanto imposible de curar (Waughfield, 2001:2). A pesar de todo, algunos estudiosos han sugerido al renacimiento como la época en que se dio la primera revolución psiquiátrica (Orias: 2009).

Con el advenimiento del siglo XVIII y la llegada de la ilustración¹⁴ se sentaron las bases del estudio de la enfermedad mental desde una perspectiva científica, al constituirse la psiquiatría finalmente como ciencia autónoma (Ackerknecht, 1964: 51). Según este autor esto fue posible “...sobre todo gracias, no a logros puramente médicos, si no a la filosofía de la ilustración que cubrió la totalidad del siglo...”. Siendo durante este periodo cuando al cual se le atribuye la superación de la creencia de la incurabilidad de la enfermedad mental y una cierta humanización de la psiquiatría, al eliminarse lentamente el carácter presidiario que rodeaba el tratamiento de las personas con enfermedad mental (León,1989: 14 -15).

Para Orias (2009:10), fue durante este periodo que vino a darse un mayor interés por planteamientos físicos que explicaban la enfermedad mental y es a partir de entonces que nace gran interés no sólo por el tratamiento, sino por la prevención este tipo de enfermedades. Muchos autores consideran que la segunda revolución psiquiátrica se produjo cuando Philippe Pinel (médico nombrado durante la revolución francesa como director de los asilos La Bicêtre y La Salpêtrière en París)

¹⁴ La ilustración fue un movimiento filosófico, literario y científico, que se desarrolló en Europa (principalmente en Francia e Inglaterra) y sus colonias a lo largo del siglo XVIII. Esta época ha sido clásicamente denominada o considerada como el “siglo de las luces”, debido a que en teoría, es a partir de este momento que florece de la “razón humana y del pensamiento lógico”. Para los pensadores de la ilustración, la razón era la única manera de alcanzar la verdad, el progreso y la felicidad. Sin embargo, en el ámbito de la salud mental y a efectos del presente trabajo, se da un enfoque crítico, al considerar que por el contrario, es en este período de la historia cuando se instaura el modelo médico que define tajantemente el cuándo y el porqué de la “anormalidad”, situación en la que se encuadraron tanto los enfermos mentales como a aquellos considerados como “delincuentes naturales”.

ordenó liberar a los enfermos mentales de las cadenas con las que usualmente eran atados, cambiando a partir de entonces la percepción y el tratamiento quienes eran considerados alienados mentales (Peset: 2003).

b. El surgimiento de la psiquiatría en Europa durante el siglo XIX.

En cuanto a la psiquiatría moderna, como se mencionó antes, ésta tuvo sus orígenes en Europa y data de inicios del siglo XIX. A partir de entonces se ligó el concepto de enfermedad mental a una concepción orgánico-biologicista. Esta idea fue inicialmente acuñada por el psiquiatra Emil Kraepelin (1856-1926), quien realizó una amplia labor de estudio, clasificación y sistematización de las patologías de los enfermos mentales (Peters, 2001:16).

Por otra parte, durante el mismo siglo surgió la labor de Sigmund Freud, padre del psicoanálisis y psicoterapia, como contrapartida a la psiquiatría biologicista. Tanto Kraepelin como Freud fundaron dos grandes escuelas que tuvieron gran difusión en el mundo.

c. Las tres etapas de la psiquiatría moderna en Europa.

Según Shorter (2007) es posible ubicar tres periodos o etapas bien definidas de la historia de la psiquiatría en Europa: un primer periodo denominado *la era del asilo*, caracterizada por el tratamiento y cuidado de los problemas mentales dentro de instituciones especializadas de salud mental y que va desde inicios del siglo XIX hasta mediados del siglo XX. Un segundo periodo comprendido desde finales de la II Guerra Mundial hasta la década de los setentas, en el cual se da el surgimiento de los sistemas de salud mental comunitarios, y un tercer periodo que corresponde desde los años setenta hasta la actualidad en el que empezó a abordar la psiquiatría comunitaria (Shorter: 15-33)

- *I periodo: Era Asilar o del Manicomio.* Este periodo inicial de la psiquiatría moderna en Europa constituyó el legado de un impulso institucional de los diversos países europeos. Estos países contaron con una cultura y política que consideraba la admisión de los enfermos en centros hospitalarios de salud mental, como el tratamiento de mejor calidad que podía ser otorgado a los pacientes (Shorter: 16).

En vista de que en este periodo la atención comunitaria era inexistente para la mayoría de las personas con padecimientos de índole mental, el surgimiento de la atención en centros hospitalarios especializados se consideró el medio idóneo para tratar a quienes sufrieran enfermedades mayores. Para dicha época ese era el caso de la totalidad de los pacientes, especialmente en virtud de la ausencia de psicofármacos efectivos para el tratamiento de trastornos mentales¹⁵.

Para Shorter a pesar de que en Europa los asilos custodiales existieron desde la Edad Media, fue con el advenimiento de los primeros asilos terapéuticos que se dio un cambio de página en la historia de la psiquiatría europea. El mismo autor señala que, visto en retrospectiva, el primero de estos asilos fue creado en el año de 1780 en Florencia, bajo los auspicios de Vincenzo Chiarugi¹⁶ y algunos otros en 1790 en París a cargo de Philippe Pinel. Después de lo cual se produjo un surgimiento constante de asilos que funcionaban de manera privada en diferentes países del viejo continente (Shorter: 17)

Posteriormente, el crecimiento de la demanda de pacientes y familiares por estos centros provocaron un aumento paulatino de dichas instituciones, lo cual impulsó a diferentes gobiernos de la región europea a la creación de redes distritales de asilos, los cuales funcionaban de acuerdo con su propia área de atracción. Shorter

¹⁵ Hasta finales del siglo XIX las medidas terapéuticas para los alienados se limitaban al uso de la contención física y el aislamiento, hipnosis, los baños con diferentes temperaturas y aparatos físicos, tales como la silla giratoria de Darwin en casos de crisis de excitación. Es a principios del siglo XX que a dichos tratamientos se agregaron el coma insulínico (Sakel, 1933) y el shock cardiózólico (Von Meduna, 1935) para el tratamiento de la esquizofrenia, el electrochoque (Cerletti y Bini, 1938) y la psicocirugía (Egas Moniz, 1936).

¹⁶ Médico italiano que introdujo reformas humanitarias al tratamiento de los enfermos mentales y en 1789 proclamó que era un supremo deber moral y una obligación médica, el tener el respeto que se merecían como personas los enfermos privados de razón. Consultado en **Chiarugi Vs Pinel. La carta abierta de Carlo Livi a Brière de Boismont** en <http://www.revistaen.es/index.php/frenia/article/download/16412/16258> el 05.03.14.

(2007:17) señala que el mejor ejemplo del inicio de estas redes distritales se encuentra en el County Asylums Act de 1808 en Inglaterra y con la ley de 1838 en Francia, dándose de esta manera durante el último tercio del siglo XIX, un importante arraigo de asilos a nivel distrital a lo largo de toda Europa del Este.

No obstante lo anterior, continúa señalando Shorter (2007) que a pesar del creciente desarrollo de los asilos antes de la I Guerra Mundial, existieron tres excepciones a la institucionalización de los pacientes. La primera de ellas era la práctica de colocar a personas con padecimientos mentales al cuidado de sujetos privados, usualmente pobladores de aldeas, familiares o amigos dichas personas y en la medida de lo posible dentro de su propia comunidad (Ferreirós, 2007 :36). A manera de ejemplo señala el mismo autor que en 1764 la atención en casas particulares fue iniciada por la familia *Engelken*, en Alemania, quienes fueron dueños de una clínica privada en Rockwinkel, cerca de Bremen. Así como esta, numerosas clínicas privadas fueron extendiendo a lo largo de casi la totalidad los países de Europa, a excepción de la Península Ibérica e Inglaterra (Shorter: 17). Dicha situación que consolidó la existencia de una especie de sistema de dos niveles de atención y anunció la posterior integración sistemática de las redes de salud mental que vino a producirse en Europa después de la II Guerra mundial.

La otra excepción a los asilos señalada por el mismo autor la constituyeron las clínicas privadas urbanas (Shorter:18). Según indica, dichas clínicas se encontraron diseñadas para pacientes de corta estancia con miras a su pronta recuperación y egreso o bien para su transferencia al sistema asilar. Estas clínicas normalmente contaban con una menor cantidad de camas y se trató de un tipo de atención que fue accesible casi únicamente para las clases sociales media y alta.

La tercera y última excepción al sistema asilar correspondió a la existencia en Europa de organizaciones comunitarias para el cuidado de pacientes después de ser dados de alta, los cuales regularmente fueron patrocinados por caridad privada y por fundaciones. Según él la primera de estas fundaciones fue creada en Wiesbaden en 1829, Alemania y para el año 1900 dicho país contaba ya con 15 de estas fundaciones.

Para Ferreirós (2007), en 1911 un país como Alemania contaba desde entonces con 16 clínicas universitarias, 187 manicomios públicos y 225 privados, sin tomar en cuenta de las numerosas instituciones austríacas y suizas de habla germana. En Alemania se contaba además con casi 1.400 médicos especializados; factores que demostraban de manera indiscutible la primacía de dicho país en el desarrollo de la investigación de la psiquiatría, tanto a nivel europeo como mundial (Ferreirós: 54). Es importante también señalar que en el año 1919 fue inaugurado en Alemania el *Deutscher Forschungsanstalt für Psychiatrie* (Instituto Alemán de Investigación para Psiquiatría), creado por Emil Kraepelin y que fue el primero en su género en el mundo y modelo para muchas instituciones de su naturaleza. Para dicha época, la labor de la psiquiatría alemana se encontraba increíblemente avanzada.

No obstante lo anterior, dicho avance sufrió un grave deterioro cerca de mediados del siglo XX. A partir del año de 1933, con la toma del poder del partido nazi en Alemania se dio inicio a la persecución tanto de psiquiatras como de psicólogos y fueron expulsados alrededor de 600 psiquiatras (Peters: 16) los cuales migraron al extranjero y se llevaron consigo importante conocimiento que heredaron a los países de acogida.

Además de este hecho, con el advenimiento de la II Guerra Mundial, miles de enfermos mentales y personas declaradas como tales fueron asesinadas y utilizadas ampliamente como objetos de experimentación en pro del “*avance*” de esta rama de la medicina (Peters, pág. 17)¹⁷.

Según indica Torruco Salcedo (2002), durante el siglo XIX se desarrollaron los conceptos que cimentaron la ideología nazi. Las teorías de Darwin sobre el origen del hombre y de las especies, la evolución y la selección natural, provocaron un profundo impacto en la forma en la cual, a partir de entonces, se percibe al ser humano. El

¹⁷ Este señala que: “Fueron asesinadas 200 mil o 300 mil personas (...) y (...) existe una amplia literatura en inglés y en alemán que describe la organización, el procedimiento y las ejecuciones con horribles detalles ...” Según este autor los detalles de dichos procedimientos pueden ser consultados en libros como *Selektion in der Heilanstalt* publicado en 1965 por Gerald Schmidt, primer psiquiatra en denunciar la aniquilación de enfermos mentales durante el holocausto en el año de 1945. Así como en el libro *The origins of Nazi genocide. From euthanasia to the Final Solution*, escrito por Henry Friedlander, historiador sobreviviente al holocausto.

más fuerte es el destinado a sobrevivir, y para asegurar el desarrollo de la humanidad, es necesario obrar acorde a la selección natural. Estos preceptos se incubaron durante largo tiempo antes de que estallara la Segunda Guerra Mundial y fueron acuñados por los teóricos del nazismo para justificar más adelante las diferentes acciones de limpieza racial llevadas a cabo por dicho régimen.

La psiquiatría nazi existió desde los inicios del siglo XIX en Alemania, no obstante, ésta adquiere predominio durante la Segunda Guerra Mundial gracias al régimen nacional socialista. Ésta concebía el carácter hereditario de todas las afecciones y trastornos mentales y por lo tanto la imposibilidad de tratarlas o curarlas. Algunos consideran que en esta época, con la vigencia de la psiquiatría nazi, se sufre un retroceso (en comparación con los avances alcanzados durante la ilustración) respecto a la humanización del concepto de la locura y su tratamiento. Para el régimen nacional socialista la enfermedad mental poseía un carácter degenerativo, incurable y transmisible de generación en generación. En otras palabras, la enfermedad mental vuelve a ser vista como algo irreparable y por lo tanto objeto de rechazo.

Este mito sobre la incurabilidad de las enfermedades sirvió a la vez como justificación a dicho régimen, para concluir que era imposible influir positivamente en la salud de los pacientes a través de método terapéutico alguno. A partir de estas ideas se concibió a los enfermos mentales como sujetos con una vida *indigna de ser vivida*¹⁸. Lo anterior sirvió para justificar las medidas de limpieza de los genes de la raza (propuestas a partir del siglo XX) que separaba a aquellos individuos enfermos de los demás miembros de la sociedad. Con esto supuestamente se evitaría la transmisión de genes “indeseados” a las próximas generaciones¹⁹ y la perpetuación

¹⁸ En alemán *Lebensunwertes Leben* (“una vida sin valor”) fue una expresión acuñada por el discurso nazi para justificar los programas de experimentación, exterminio o de esterilización de personas con discapacidades físicas o mentales, así como todas aquellas consideradas como desviadas o fuente de conflicto para la sociedad.

¹⁹ La limpieza racial constituye el postulado fundamental de la eugenesia, filosofía social que aspiraba el perfeccionamiento de la raza humana y cuyo fundador fue Francis Galton. Dicha filosofía tuvo influencia en diferentes países alrededor del mundo, pero fue especialmente abrazada por el régimen nacionalsocialista, quienes pretendieron la creación de un superhombre a través de la eliminación

de padecimientos, personalidades y estilos de vida indeseados de algunos sujetos²⁰, pudiendo incluso desaparecer estas características de la raza humana.

Alemania no fue el único, sin embargo, fue uno de los primeros países en abrazar estas teorías y ponerlas en práctica mediante la eugenesia²¹. Lo anterior con licencia del gobierno alemán. Así, como señala Amati, “... en el nazismo se conjugaron el ‘ojo frío’ de la ciencia y el ‘ojo frío’ de la tecnología, un líder carismático y delirante, un pueblo culturalmente condicionado a una pedagogía autoritaria [...] y un buen conjunto de secuaces psicopáticos...” que dieron en un momento de la historia particular europea la connotación más oscura y devastadora a la psiquiatría (Amati, 1990: 17). La contribución de la población alemana (de manera directa o indirecta) con el exterminio de miles de personas, motivó posteriormente a todos los estados del mundo a reflexionar y a realizar un planteamiento sobre los derechos humanos de los discapacitados mentales.

Es así que a partir de las atrocidades cometidas contra la dignidad humana durante la II Guerra Mundial surge en 1945 la ONU, como organización internacional con el propósito de la integración de la comunidad internacional, la resolución

sistemática de todo aquel ser considerado indeseable. Al respecto, Ferreirós realiza un interesante análisis en la página 65.

²⁰ Dentro de estos cabe mencionar a los alcohólicos, prostitutas, homosexuales, hasta grupos tales como gitanos, judíos, Testigos de Jehová e incluso comunistas entre otros.

²¹ Para Heinrik Peters (Peters: 24-25) “... el programa, que en mirada retrospectiva permite reconocer el criterio de selección para el holocausto, fue formulado ya en los albores del siglo XX por Ernst Rüdín (1903-1904). Se debía llevar a cabo un trabajo de limpieza racial, para retirar la ‘grey putrefacta’ del ‘cuerpo social’, preservando al máximo la distancia con los miembros de las otras razas, a fin de evitar mezclas desfavorables [...] Este proceso de limpieza debía incluir la separación de los débiles, los enfermos, los flojos y los elementos malos o deficitarios de la raza en un procedimiento de ‘retirar la mala hierba’. El conjunto de personas a separar es descrito de modo más preciso como “delincuentes” y “enfermos mentales”, así como aquellas variantes que viven en libertad, con enfermedades hereditarias, complejos deficitarios o con otras debilidades que pueden afectar a la descendencia [...]. En 1933 Rüdín fue nombrado profesor de psiquiatría en Múnich. En el mismo año junto con su colega y posteriormente teniente general de la SS Arthur Gütt (que no era psiquiatra), fue el comentarista principal del Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuses (Ley de Protección de la Descendencia con Enfermedades Hereditarias) y escribió toda la parte psiquiátrica (Gütt et al., 1934). [...] muerte (planeada, al menos, desde 1935) de los enfermos psiquiátricos fue sin embargo postergada hasta el momento en el cual comenzara la guerra. El decreto del 1 de setiembre de 1939 de Hitler, preparado por los médicos, estaba formulado de modo tal que aun numerosos psiquiatras en muchos países lo habrían aceptado: se trataba de señalar que “a pacientes incurables, después de una valoración crítica del estado de su enfermedad, les fuera permitida una muerte eutanásica”, lo que antes suponía el expreso pedido de ellos. De la conducción práctica de estos asesinatos se encargaron otros psiquiatras, algunos de ellos con prestigio...”.

pacífica de conflictos y la cooperación mutua. Además de esto se da la creación de importantes instrumentos internacionales de protección, entre los más importantes, la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, dando inicio de esta manera a la Era Moderna en el ámbito de los derechos universales, que tienen como eje fundamental el concepto de la dignidad humana.

- *II periodo: Desarrollo de los sistemas de salud mental.* Según Shorter, el tema clave en los años de la post guerra es la inclusión gradual de la salud mental dentro de los planes de seguridad y asistencia social. En términos de hospitales psiquiátricos, las décadas de 1950 y 1960 fueron periodos de crecimiento de dichas instituciones. La década de 1950 supuso una auténtica revolución en el tratamiento de las enfermedades mentales, ya que durante esos años fueron descubiertos una amplia serie de medicamentos efectivos para el manejo de diversos trastornos psiquiátricos, tales como el litio²² y la clorpromazina entre otros. Esto constituyó una gran ventaja frente la anterior ausencia de medicamentos efectivos, que planteaban la necesidad del uso de métodos de contención física, así como otros métodos de dudosa eficacia como terapias biológicas (por ejemplo Malaroterapia), de choque o electroconvulsivas para el tratamiento de los pacientes²³.

²² El litio se utilizó (y se utiliza aún) como remedio para diferentes enfermedades, hasta que se asentó como tratamiento farmacológico para el trastorno bipolar. Fue descubierto en 1949 por el psiquiatra australiano John Cade.

²³ Para la psiquiatría, la incorporación de los psicofármacos a partir de los años cincuenta supuso un avance gigantesco en el tratamiento de las enfermedades mentales. Antes del descubrimiento de los mismos, los métodos utilizados para la cura de dichos padecimientos fueron básicamente métodos de sujeción física o terapias convulsivas. A continuación, se señalan algunos de los más popularmente utilizados en dichos tiempos:

Malaroterapia: también denominada paludoterapia, fue un procedimiento desarrollado por el psiquiatra vienés Julius Wagner von Jauregg que le valió el premio nobel de medicina en 1927. El mismo consistía en la inoculación del virus de la malaria, a fin de inducir fiebres altas en pacientes diagnosticados con demencia sifilítica. Según después de las cuales, los pacientes demostraban notables mejorías por lo que prontamente dicho método fue propagado inicialmente por Europa y más adelante en América.

Cura de Sakel o shock insulínico: fue descubierta por Manfred Sakel en 1933 e introducida en 1939 para el tratamiento de casos de pacientes con esquizofrenia paranoide. La técnica consistía en la inyección de dosis elevadas de insulina, a fin de provocar comas hipoglucémicos en los pacientes y a partir de los cuales se creía que estos mejoraban notablemente.

Tratamiento de von Meduna o choque cardiozólico: este fue ideado por el médico húngaro Ladislas Von Meduna en 1930. Consistió en la inducción de convulsiones mediante drogas en pacientes esquizofrénicos. Para dicha técnica fue utilizado en especial el cardiozol para inducir a los pacientes a

Este despliegue farmacológico provocó que a partir de la década de los cincuenta el número de camas en los hospitales de salud mental aumentara sorprendentemente. Es así que para 1971 una cuarta parte de los hospitales de la Región Europea de la OMS tenían más de mil camas (Shorter: 20). Dichas cifras encendieron una luz de alerta, que dio impulso a los países de la región a promover la reducción de camas en los hospitales psiquiátricos, así como la creación de camas en hospitales generales para la atención de la salud mental. De igual manera, durante esta época se da inicio a una promoción de la desinstitucionalización de los pacientes. Sin embargo, esta iniciativa se vio materializada a partir del año 1970 mediante la integración de la atención psiquiátrica y políticas públicas sobre salud mental en los diferentes países de la región europea.

En Europa comenzó a gestarse entonces una integración vertical y horizontal de la atención psiquiátrica, al organizarse modelos de servicios que se relacionaban desde el hospital psiquiátrico y hacia la comunidad, tendientes a romper las barreras existentes entre ambos. Por ejemplo, la atención hospitalaria, acompañada además de atención en autoridades de salud extra hospitalarias e instituciones transicionales que permitan adaptarse al paciente al cambio del egreso del hospital y la reinserción en la comunidad.

Mientras tanto en América, en un proceso lento pero en concordancia con los acontecimientos históricos gestados en Europa, se da la aparición de un movimiento llamado psiquiatría de la comunidad. En las bases de este movimiento, se fijaron nuevos programas de investigación y servicios, mediante los cuales se intentaron

crisis convulsivas y al shock. Esto ya que se consideró que las convulsiones ayudaban en la mejoría de los pacientes. Más tarde estas crisis convulsivas se van a provocar mediante la inducción de corriente eléctrica en el cuerpo de los pacientes, por lo peligrosa que resultaba la técnica de Von Meduna

Terapia Electroconvulsiva (TEC): Debido al éxito del tratamiento de Von Meduna, surgen investigaciones en el mundo médico sobre como inducir convulsiones en los pacientes sin la utilización de fármacos. Siete años después del descubrimiento del choque cardiazólico, es descubierta por Ugo Cerletti y Lucio Bini la terapia electroconvulsiva, la cual viene a sustituir al tratamiento de Von Meduna, al ser considerado un método efectivo, conveniente y menos costoso. La terapia electroconvulsiva consiste en la inducción de convulsiones utilizando corriente eléctrica, estando el paciente bajo anestesia muscular y relajación muscular. Consiste en la aplicación a través de dos electrodos una corriente eléctrica que puede variar de 100 a 130 voltios, durante 0,1 a 4 segundos, mediante la cual se produce una crisisconvulsiva de al menos 30 segundos de duración. Actualmente este tratamiento es aplicado bajo la administración de anestésicos de duración corta, relajantes musculares, oxigenación y el monitoreo de la convulsión por electrocardiograma (EEG).

entre otras metas la transformación de los hospitales psiquiátricos, tratando de romper el esquema de aislamiento de los pacientes y promoviendo un ambiente terapéutico para éstos. Asimismo, similar a lo sucedido antes en Europa, durante estos años se buscó incrementar el número de camas psiquiátricas en hospitales generales y se intentó la creación de servicios de emergencia y de internamiento parcial en hospitales generales. Además y de suma importancia, se sentaron las bases para la organización de centros de salud mental comunitaria. En los países latinoamericanos estos intentos fueron incipientes, sin embargo la semilla ya estaba sembrada. Por ejemplo, en Estados Unidos de Norteamérica, se dieron grandes avances y hubo en el periodo de la posguerra un fuerte interés en este enfoque de psiquiatría comunitaria. En dicho país se invirtió fuertemente en la reestructuración de los servicios de salud mental. Según señala Calderón Narváez, a solicitud del presidente John F. Kennedy en 1963 se aprobó un programa federal para establecer centros de salud mental comunitarios en los diversos estados, a fin de apoyar a los enfermos mentales, considerando que los servicios necesarios para:

“... proveer de una buena atención en el campo de la salud mental fueron los siguientes: 1. Servicios de internamiento, 2. Servicios de consulta externa, 3. Servicios de hospitalización parcial, como el hospital de día, el hospital de noche y la atención de fin de semana, 4. Servicios de atención de emergencia disponibles en cualquier momento, 5. Servicios de consulta y educación para agencias comunitarias y personal profesional, 6. Servicios de diagnóstico, 7. Servicios de rehabilitación, incluyendo programas educativos y vocacionales, 7. Servicios comunitarios de vigilancia y control, incluyendo guarderías, visita familiar y hogares substitutos, 9. Entrenamiento, 10. Investigación y evaluación” (Calderón Narváez, 1981: 52).

El surgimiento de servicios multidisciplinarios externos y paralelos a la atención intrahospitalaria, dio paso a la llegada del tercer periodo de la psiquiatría, en la cual se realizan esfuerzos más consistentes en la tratamiento y rehabilitación de los pacientes fuera de los muros del hospital, y en la medida de lo posible encontrándose junto a sus familias y en su comunidad. Conceptos tales como desinstitutionalización, atención primaria, territorialización, continuidad de cuidados y equipos interdisciplinarios y participación de la comunidad cobran una importancia

primordial, lo que da paso a la posterior etapa de la psiquiatría: el modelo comunitario.

- *III período:* Según Kraut, “la década del 70 marcó el inicio de un proceso tendiente a modificar el modelo de control de los síntomas psiquiátricos y de las condiciones del sistema asilar” (Kraut: 1994). Con la finalización de la Segunda Guerra Mundial surgió en todos los países un movimiento denominado *psiquiatría comunitaria*, la cual tuvo el firme propósito de romper el aislamiento psiquiátrico tradicional e ir más allá del tratamiento de la enfermedad, previniendo los factores de riesgo de su aparición y promocionando el bienestar psíquico de las personas. El periodo posterior a 1970 se caracterizó principalmente por el paso de la atención psiquiátrica institucional, a la prevención de la enfermedad como meta básica y a la atención comunitaria de los individuos.

Dentro de dicha iniciativa el rol del trabajador social y del psicólogo entre otros especialistas no médicos para el abordaje del paciente, vinieron a adquirir una mayor importancia, promoviendo el tratamiento multidisciplinario que antes había sido de carácter predominantemente farmacológico. La preparación de alto nivel académico de especialistas y el auge de la investigación de tipo genético, bioquímico, neurofisiológico, socioantropológico, clínico y farmacológico fueron firmes bases para dar paso a una nueva etapa de la psiquiatría. Como ejemplo cabe mencionar que en Italia fue sancionada la ley No. 180 el 13 de mayo de 1978 cuyos aspectos sobresalientes según Kraut fueron la abolición de la institución manicomial, el establecimiento de servicios territoriales para la atención de la salud mental de la población y la eliminación del internamiento coactivo, el tratamiento compulsivo y la tutela jurídica (Kraut: 7). Así como la ley No. 833 del 23 de diciembre de 1978 del mismo país, que prohibió nuevas reclusiones en hospitales psiquiátricos y la construcción de nuevos manicomios, delegando a las distintas regiones la estructura de los servicios hospitalarios (Kraut:8).

2.2. Los orígenes de la medicina y la psiquiatría en Costa Rica

El descubrimiento de América ocurrió momento histórico importante: la finalización de la Edad Media. Los comienzos de la colonización de nuestro continente estuvieron sin duda alguna influenciados por las ideas y concepciones del pueblo español, el cual llegó tardíamente al Renacimiento. El territorio de Costa Rica fue descubierto en el año de 1502 y convertido en colonia española a partir del año 1564 con nuestro primer gobernador Juan Vázquez de Coronado. Contó además con una organización social, política y religiosa que fueron básicamente una prolongación de las ideas y creencias de una España medieval.

Como lo indica González Murillo “... *los conceptos que en relación a la enfermedad tuvieron nuestros compatriotas en el periodo de la colonia, se fundaban en anteriores interpretaciones arcaicas de la enfermedad...*” (1979: 137). Durante esta época, en cuanto a la enfermedad mental se refiere, las ideas místicas y religiosas estuvieron presentes. La religión católica y sus dogmas, así como el empobrecimiento fueron parte del legado español a sus colonias en Latinoamérica. Estos, entre otros factores, jugaron un rol importante que en gran medida contribuyó a un desarrollo lento y tardío de las ciencias médicas en Costa Rica.

En España, durante los siglos de la conquista y colonización, reinaron las ideas medievales sobre la locura. Estas mismas ideas fueron transmitidas al que fuera entonces nuestro país. Al arribar los españoles a tierras americanas, se encontraron con una sociedad y un sistema religioso arcaico y animista, con una mitología y visión del universo distinta a la europea. Como señala Rosenzvaig (1993: 48), “la conciencia mitologizada, pero sobre todo la magia, constituían el corazón de la cultura de los clanes cazadores”. Siendo que para los pueblos precolombinos, distintas deidades controlaban los fenómenos naturales, así como los ciclos agrícolas, la salud y la enfermedad.

Durante el largo proceso de dominación de los colonizadores sobre los pueblos nativos, ambas culturas fueron paulatinamente mezclándose, dando como resultado no únicamente el mestizaje, sino que además la fusión de las creencias y la visión del mundo de ambas culturas. Fueron mezcladas las ideas del catolicismo con las de

una sociedad nativa politeísta (los aborígenes) con su propio bagaje cultural y una visión mitológica del mundo. Los conocimientos de los pueblos nativos fueron también transmitidos a quienes serían los futuros pobladores de las colonias, existiendo estos conjuntamente con las ideas de la dogmática católica.

Debido a una ausencia de desarrollo científico de la medicina en nuestras tierras, los saberes empíricos transmitidos en forma oral de generación en generación (desde nuestros antepasados indígenas) aunado a los conocimientos incipientes en medicina traído por los colonizadores, era lo único con lo cual se contaba en nuestras tierras. Así, los inicios de la medicina en Costa Rica pueden circunscribirse a la práctica de empíricos, que mezclaron algunos conocimientos importados de España con los conocimientos de hechiceros locales (Blanco Odio: 1997).

Como señala Marín Hernández (s.f), el camino para el desarrollo de las ciencias médicas en la Costa Rica colonial fue realmente complicado. En muchos textos se señala el inicio de la medicina como tal a finales del siglo XIX (entrada la década de 1850) con la creación del Hospital San Juan de Dios. Antes de la independencia, la medicina colonial se limitó a los conocimientos de herbolarios y el curanderismo (dominados por legos) y alguno que otro médico extranjero arribado o de paso por nuestras tierras. Las prácticas de curanderos y herbolarios fueron en algunas ocasiones vistas por la Iglesia e incluso por las autoridades españolas como brujería (Hernández: s.f.)²⁴ . Para la sociedad de entonces, la existencia de adivinos, brujas y hechiceros era un hecho que se consideraba corroborado por la Santa Escritura²⁵.

²⁴ Al respecto, Marín Hernández citando a Edgar Mohs y Alfredo Blanco Odio lo siguiente: “*Ese panorama hizo que el Doctor Edgar Mohs afirmará que la ciencia médica en Costa Rica no daría sus primeros pasos sino hasta después de 1850. Antes de esa fecha, según él, las curaciones eran hechas por ‘...médicos brujos y sukias’. Con la llegada de los españoles, estos hechiceros fueron perseguidos y combatidos. A pesar de esta aparente mejora, el progreso no llegó. Como asevera el doctor Alfredo Blanco Odio, más bien se dio un peligroso sincretismo; de este surgieron los empíricos, quienes unen las prácticas de los hechiceros locales con los conocimientos importados de España (...)* A los pocos incentivos que existían en Costa Rica para que los médicos se instalarán en el país, se sumaban otros obstáculos, como lo eran las creencias populares.”

²⁵ Al respecto puede consultarse un interesante artículo sobre estas prácticas durante el periodo colonial en Ecuador, de Marco Suárez Capelo “Yerberos, supersticiosos, adivinos y brujos en la Cuenca del Guayas en el siglo XVIII” en la revista Cuadernos de Historia y Arqueología.

A fin de ilustrar cuál fue la percepción de la sociedad de conceptos de la enfermedad, la locura y la brujería, se señalan a continuación tres interesantes casos que se encuentran documentados y que han sido objeto de discusión en nuestro país:

El primer caso se trata de una causa llevada a cabo en la ciudad de Cartago en el año de 1775, en donde se procesó a dos mujeres, Francisca Portuguez y Petronila Quesada, por ser presuntamente hechiceras y de ocasionarle una enfermedad (en apariencia venérea) al militar *Matías Quesada*²⁶. González Murillo, comentando el caso, apunta que en el trámite previo a dicha causa, las autoridades encargadas de su conocimiento admiten por escrito la existencia de la brujería, hechos que concuerdan con las creencias sobre la hechicería y demonología de la Edad Media. No obstante, señala el mismo autor que del estudio de dicho caso, se puede inferir el surgimiento y existencia de ideas de una suerte científico-naturalista (que buscaban explicar y comprender la enfermedad como un proceso de natural, con bases biológicas) las cuales se mezclaron con la superstición y la creencia en lo mágico:

“... en el informe previo al trámite ordinario que debía seguir la causa (...) ante la Santa hermandad, el asesor, Lic. Enrique del Aguila, expone conceptos ajustados a una realidad científico natural, aunque acepta la hechicería y la demonología con cierta reserva y limitación y (...) orienta en dicho informe, para que se lleve a cabo en estas circunstancias un adecuado estudio e interpretación del caso con el fin de lograr al mismo tiempo una mayor tranquilidad y comprensión de parte de las autoridades y de la comunidad...” (Murillo, 1979: 139).

A continuación se transcribe parte de dicho informe, redactado por el Lic. Enrique Aguilar, asesor de la causa en León, Nicaragua (donde ésta fue remitida) y en donde se puede notar la superposición de ideas mágico-religiosas y otras con orientación científico natural:

“...el Asesor ha visto estos autos que de oficio se han seguido contra Francisca Portugués y Petronila Quesada, a quienes se les imputa, a la primera, de estar en ilícita amistad con Matías Quesada, y a las dos de ser brujas o hechiceras (...) Estos son los dos delitos que se le imputan a las dos mujeres por haber adolecido Matías Quesada de una ulcerita en las partes pudendas, y se creyó ser hechizo (...)

²⁶ Al respecto, en la Revista *Áncora*, del periódico *la Nación* del 3 de agosto del 2008, publicó el artículo *“Dos Brujas en Costa Rica”*, redactado por el dramaturgo Jorge Arroyo, quien con base en documentación del Archivo Nacional relata de manera bastante clara como fue llevado a cabo el proceso contra dichas mujeres.

*Es aprensión propia del vulgo creer que haya tantas brujas como dicen. **Que hay hechiceros y hechiceras consta de la escritura santa [sic], de varios concilios, de varios textos de una y otros, y del común sentir de la Iglesia, pero no tanto como el vulgo piensa [...]** es preciso tratar estos asuntos con mucha cordura y prudencia, aunque se vean efectos prodigiosos producidos por varios; es necesario examinarlos ya con la razón natural, ya con la filosofía, para saber si dependen de la naturaleza o de alguna habilidad nacida del arte [...] Los efectos naturales nunca se pueden atribuir a maleficio, principalmente si son enfermedades por incógnitas que sean, , muchos médicos porque no conocen el accidente o porque no lo pueden curar, o por ocultar su ignorancia o por afectar su ciencia, si no logran su curación, atribuyen a maleficio la enfermedad (...) Lo que se dice en los autos, de que la Petronila habló a un animal y que éste decía lo que hablaban de ella, y así que entendía su lenguaje (...) lo que dijo la Petronila si se probase que en la realidad así sucedió (...) **NO HAY DUDA ALGUNA QUE MEREĆIAN [sic] UN SEVERO CASTIGO, Y YA NO ERA ESTA CAUSA DE LAS QUE PUEDE CONOCER EL JUEZ SECULAR, SINO EL SANTO TRIBUNAL DE LA INQUISICIĆN (por no poder ser de otro modo que por pacto explícito o implícito por el demonio) ...**” (la negrita no corresponde al texto original)(Murillo, 1979: 140).*

En cuanto a la existencia de tribunales de la inquisición, es importante señalar que para entonces, en América Latina funcionaban 3 tribunales principales del Santo Oficio: el de México (Virreinato de Nueva España), Lima y Cartagena. Según señala Viquez Jiménez:

*“ en América, al igual que en España, funcionó el Tribunal del Santo Oficio de la Inquisición, Tribunal Eclesiástico encargado en sancionar las faltas contra la fe, tales como la herejía (...) Nuestro país a tono con la tendencia dominante, igual contó con un Tribunal de la Santa Inquisición el cual sin embargo, conforme aclara Sáenz Carbonell, **nunca funcionó en la realidad, ya que las actuaciones de este Tribunal del Santo Oficio que se encontraba en la Comisaría de Cartago siempre fueron insignificantes** y no llegó a celebrarse ningún auto de fe. Asimismo, la Comisaría de Cartago dependía del Tribunal del Santo Oficio de la Inquisición de Nueva España, con asiento en la ciudad de México...” (Viquez, 2005: 45) (la negrita no corresponde al texto original).*

A fin no atraer la mirada del Tribunal del Santo Oficio y evitar consecuencias funestas, en nuestro país se hizo lo posible por no dar a conocer el caso de las imputadas Portugueza y Quesada hasta instancias superiores. Por este motivo, el asunto fue dirigido inicialmente a León en Nicaragua, para que fuera resuelto. De no pronunciarse las autoridades de dicho territorio, el asunto podría pasar a Guatemala o llegar hasta México, territorio en el cual el Santo Oficio actuaba severamente (hubo casos incluso de personas condenadas a la hoguera). Finalmente, las acusadas

fueron absueltas de los cargos, al considerar las autoridades nicaragüenses que éstas, probablemente, no estaban suficientemente instruidas en la doctrina cristiana, mas no eran hechiceras, dándose por cerrada la causa.

Un segundo caso que se dio en nuestro país, lo encontramos a finales del siglo XVIII. En éste fue denunciado (luego de varios escándalos que involucraron cuestiones sexuales y religiosas) Esteban Curti, un médico judío-italiano proveniente de Europa. Debido a que dicho galeno sedujo a algunas señoras dentro de la alta sociedad de la época, y a que realizó comentarios aparentemente despectivos sobre la Biblia, fue acusado por los habitantes de Cartago por supuesto “hereje”, “lujurioso”, “blasfemo”, seguidor de Voltaire y Rosseau y “otros autores libertinos” (Blanco: 1981; pág. 34). Esteban Curti fue apresado por las autoridades costarricenses y enviado hasta México en 1795, en donde le fueron formuladas las respectivas acusaciones. El paradero final de Curti fue desconocido, toda vez que éste logró fugarse de México al finalizar el proceso²⁷.

Un tercer y último ejemplo se encuentra relacionado con la percepción de la locura durante el periodo colonial en Costa Rica. Se trata de un interesante caso, en el cual por primera vez en nuestra historia, se realiza un intento de analizar la locura desde una perspectiva médico-jurídica (mas no religiosa), que se encuentra ampliamente explicado en el libro “Locura y Delito en 1778”. Trata de un proceso penal instaurado contra *Don Phelipe Fernández* en el año de 1775, quien asesinó a su esposa sin motivos aparentes durante una celebración familiar. Este asunto tiene especial relevancia al representar un avance en la percepción de locura y enfermedad mental durante esta época. La defensa del imputado en el presente caso fue ejercida, por primera vez en nuestra historia, por un galeno que argumentó la defensa del imputado desde un plano eminentemente médico. Dicho médico señaló que el imputado sufría de un padecimiento que denominó “*flatulencias Ypocondriacas*”, siendo así que por primera vez “*ingresa así en nuestro país, de forma insólita, el tema de la locura al proceso penal, no por la vía de la peritación (...) sino vía la*

²⁷ En la obra “*Entre Pícaros y Bobos*” citada supra, se relata de manera muy amena las perspicacias de dicho médico, que dieron pie a las acusaciones por los pobladores de la ciudad de Cartago.

argumentación y contra argumentación del ‘contradictorio entre el Fiscal’ y el Defensor en un proceso escrito” (Viquez, 2005: 88).

Con los ejemplos anteriores, es posible notar como en nuestro país hasta finales del Siglo XVIII, predominaron las ideas religiosas mezcladas con una medicina incipiente y que se desarrolló de forma lenta durante la colonia. Costa Rica para entonces, se encontraba distante de los avances en las ciencias producidos en Europa y esto incluye el ámbito de la medicina. Según señala Alfredo Blanco Odio, existió una presencia de médicos extranjeros durante la colonia (la cual fue, no obstante, muy poca), cuyos métodos de curación consistieron básicamente en brebajes y sangrías y cuyas recetas y curaciones se importaban desde España, con el importante retraso con las cuales éstas llegaban a nuestras tierras.

a. Los inicios y creación del Hospital Nacional Psiquiátrico

No es sino hasta la segunda mitad del siglo XIX que nuestro país (al convertirse en 1821 en república independiente) logra una vinculación con el mercado mundial a través de la exportación de café. Esto trajo consigo el arribo de las ideas de la ilustración y el liberalismo de la cultura europea que fueron difundidas por la burguesía, la cual se preocupó por la modernización del Estado mediante cambios que vienen a percibirse años después a nivel jurídico y en las estructuras estatales.

Como señala Marín Hernández,

“... a partir de la década de 1830 se inició una transformación paulatina. Con el auge cafetalero y minero llegaron compañías extranjeras y negociantes con gran apetencia por las riquezas rápidas. Entremezclados con esos aventureros y empresarios vinieron algunos galenos. A ello se unió un desarrollo de la terapéutica nacional. En 1839, el doctor Nazario Toledo impartió unos cursos en la Universidad de Santo Tomás. En 1843, esa casa de estudios ofrecía estudios en medicina. Además de estos hechos, varios miembros de la oligarquía viajaron a Europa a estudiar medicina [...] Según el doctor Mohs, la ciencia médica nace en Costa Rica únicamente con la creación del Hospital San Juan de Dios, decretada en 1845, pero ejecutada en 1852. Este acontecimiento marcó un hito para él, pues será la institución que le da sentido a lo que él llamó la ‘Medicina Asistencial Básica’, que se extenderá de 1850 a 1900...”.

Desde 1821 en adelante, en la base social las situaciones como la pobreza o la enfermedad fueron resueltas entre los miembros de las comunidades a un nivel privado. En los inicios de lo que fuera un Estado Liberal, no se entró a resolver problemáticas o necesidades sociales de la población, si no que esto va a quedar en manos de una élite o clase alta que buscaba reconocimiento a través de ciertos medios. Para ese entonces, la caridad fue apreciada como una virtud digna de admiración y elogio. Esta era especialmente admirada si provenía de la alta sociedad. Fueron estas circunstancias las que dieron base a la existencia de una filantropía privada en manos de la élite o clase alta. Estas ideas que iniciaron en manos individuales se fueron plasmando en instituciones tales como la Junta de Caridad (la cual coincide con el despegue cafetalero en nuestro país), el Hospital San Juan de Dios y el Asilo de locos (Solís, 2006: 116). Es precisamente por lo anterior, que Solís Avendaño señala algunos ejemplos de las necesidades que intentaron ser llenadas mediante dichas instituciones y su decaimiento posterior:

“... desde su fundación, la Junta de Caridad asumió la responsabilidad del Cementerio General de San José; intervino en la creación del Asilo de Leprosos, y más tarde en la del dispensario antituberculoso. En estos distintos campos vemos en acción, orgullosa de si misma, a una élite dedicada a las labores que tenían un impacto social. Juntas de caridad que tenían un formato parecido a la de San José, aunque mucho menos poderosas, existieron en las principales provincias del país. Hasta fines de los años treinta del siglo pasado, la palabra caridad abría canales de contacto social. Las instituciones de salud que funcionaban bajo el alero de la Junta de San José eran vigas de soporte del orden social. El país dependía de ellas. Tal dependencia se hizo mayor conforme la población creció y aumentó la demanda de servicios de salud. Sin embargo, la gran crisis de 1929 mostró los límites de las instituciones que habían crecido bajo el cobijo de la Junta y de la elite filantrópica que la sostenía. La conciencia de límites y de nuevos retos se expresó en la transformación de la Junta de Caridad de San José, en la Junta de Protección Social. Lo viejo conocido ya no funcionaba tan bien...”. (Solís: 116)

De lo anterior es posible inferir que hasta la primera mitad del siglo XIX lo que destacó fue una ideología de la beneficencia, la cual no contó con el eco de una respuesta Estatal a los diversos problemas sociales de entonces. El liberalismo trajo consigo ideales de progreso (y bajo los auspicios de una filosofía positivista que sostenía la primacía de la razón y que pretendía la instauración de un nuevo orden social) que se empiezan a gestar cambios y reformas tendientes a la modernización y

centralización del Estado. La caridad había sido vista antes como un auxilio o limosna de particulares para los necesitados, una ayuda voluntaria que podía darse o no. Con el advenimiento del siglo XX la ideología de la beneficencia va incubándose como una respuesta estatal que se va a reflejar en las políticas públicas. El progreso del país se va a lograr a través de la organización de nuevos ministerios e instituciones, reformas legales, reestructuración de la educación y un replanteamiento de la relación entre la Iglesia y el Estado. Como señala Oliva D'Alolio, en Costa Rica comenzaron a gestarse una serie de cambios importantes a nivel legislativo, social y cultural en las primeras décadas del siglo XX, con la aparición de:

“... una serie de instituciones destinadas a la previsión y protección social. Con una lógica interna propia e inspirada en proyectos de beneficencia, filantropía, derecho y medicina, estas instituciones trabajaron a partir de nociones positivistas y organicistas, y en su desarrollo intervino un grupo de intelectuales reformadores y positivistas, que promovieron la participación estatal en las cuestiones sociales. En este proceso social de aplicación de la terapéutica liberal, el aparato estatal adquirió conocimientos sobre las clases populares a la vez que las instruyó en los valores burgueses, de higiene, salud y trabajo, validando nuevas normas sociales y morales y jerarquías raciales y sexuales ...” (D'Alolio:4).

Dentro de estos cambios y en el ámbito de salud, cabe volver a señalar la Junta de Caridad fundada en 1845 (que pasó a llamarse muchos años después Junta de Protección Social) la cual dio origen posteriormente al Hospital San Juan de Dios y en el cual tuvo sus primeras raíces el Hospital Nacional Psiquiátrico.

La historia de dicho nosocomio comenzó en el año 1869, en el Hospital San Juan de Dios, brindando medicina general y en el cual se atendía a una pequeña cantidad de pacientes con enfermedades mentales.

En 1869 la *Junta de Caridad*²⁸, órgano precursor del Hospital San Juan de Dios, consideró la necesidad contar con un asilo para personas con padecimientos mentales, esto a raíz de planteamientos del entonces presidente de dicho órgano, el Lic. Vicente Herrera Zeledón. Años más tarde, en 1877, la idea del Lic. Herrera

²⁸ Fundada el 03 de julio de 1845. Marca el inicio de los servicios de salud en el país, ya que ésta da origen posteriormente a la creación del Hospital San Juan de Dios. Mediante ley del 11 de noviembre de 1936 –artículo 22- la denominación de Junta de Caridad, fue cambiada por Junta de Protección Social de San José.

Zeledón fue retomada y fue creado un salón contiguo a dicho nosocomio, con el fin de brindar atención separada a personas con enfermedades mentales.

Esta idea de la creación de un asilo para atender específicamente a personas con trastornos o padecimientos mentales obedeció principalmente a un fin paternalista²⁹ y custodial de los pacientes. El propósito inicial fue el de proteger³⁰ a las personas, pobres “dementes” y a aquellos que se encontraran abandonadas en las calles, ya que se las consideraba incapaces de velarse por sí mismas y de ser útiles y productivas a la sociedad³¹. Esta noción se dio con sustento en un modelo de manicomio, partiendo de una percepción clásica de estos individuos, como sujetos peligrosos y como una amenaza para la sociedad (Kraut: 1994).

En el año de 1883, durante la administración del Presidente Bernardo Soto, el poder legislativo acordó la creación de un asilo para atender a “dementes pobres”³², mendigos y personas abandonadas. Así, el 4 de mayo de 1890 fue inaugurado oficialmente el “*Asilo Nacional de Insanos*” (Gallegos Chacón: 1979:101-102) o “*Asilo de Locos*” (Acuña, 1979:15-16), ubicado en San José, en lo que se conocía entonces como “Valle de Matarredonda”, ubicado en los alrededores de la Sabana. Para entonces, la psiquiatría predominante a finales del siglo XIX en el país era principalmente alemana, la cual comenzó a decaer con la finalización de la II Guerra

²⁹ *“Ya no serán los pobres dementes objetos de diversión para unos, de molestias para otros, de conmiseración para la generalidad de las gentes. Ya su desgracia será menos penosa, porque la mano caritativa del pueblo costarricense se ha mostrado pródiga a fin de mejorar así su condición, levantando este edificio que pudiese llamarse “templo”, por estar consagrado al culto de la virtud más sublime: - la caridad”* . (Actas de la Junta de Protección Social de San José de la inauguración del Hospital Nacional Psiquiátrico el 04 de mayo de 1890).

³⁰ Según indica Ileana D’Alolio (2005) *“...Con la constitución del Estado liberal, se crearon una serie de instituciones que llevaron a cabo una política de protección social complementaria a la labor realizada en la economía, y que partían de un enfoque positivista del intervencionismo estatal. Según Steven Palmer (1999), estas instituciones contemplaron una lógica propia dentro de su organización, y fueron originadas al margen del Estado por proyectos filantrópicos, de caridad pública...”*

³¹ Como se lee de manera clara en el decreto de creación del Asilo de Locos, esta institución fue creada para: *“... para proporcionar abrigo y asistencia a los dementes pobres y muy especialmente a los que vagan por los caminos sin protección de ningún género, y con el peligro para la tranquilidad de los habitantes...”* (Decreto XXXVI del Presidente Bernardo Soto para la creación de un Asilo Nacional de Locos)

³² Acuerdo No. XXXIV de julio de 1833 del Poder Legislativo. .

Mundial³³. En nuestro país se dio una presencia alemana desde inicios del siglo XIX y hasta finales de la Segunda Guerra Mundial. Esta cultura brindó importantes aportes al país, tanto en el sector económico como en las ciencias. Como señala Arias Mora:

*“...el lugar destacado que esta comunidad ocuparía en la sociedad costarricense sería un fenómeno propiamente centroamericano, anunciado a partir de los proyectos de colonización hacia mitad del siglo XIX, pero consolidado sobre todo a fines de esa centuria, cuando se conjugaron las reformas liberales y los intentos por fortalecer el ingreso al mercado mundial a través de la economía cafetalera [...]. Además, de ningún modo tal influencia se limitaba al sector cafetalero del istmo; destacaban otros campos también (...). Generalmente se destacaba el aporte en campos como el **científico, el cultural, el educativo y el religioso, con la presencia (permanente o pasajera) de importantes pasajeros como médicos, exploradores, profesores y científicos...**”* (Arias, 2006: 197, 198, 206) (la negrita no corresponde al original).

El primer personal utilizado para laborar en el Asilo de Locos fueron servidores europeos, de los cuales lamentablemente no se tienen datos en los registros de la Junta de Protección Social (D’Alolio: 16). Entre otros ejemplos, se cuenta con el del Dr. Max Bansen, de nacionalidad alemana, quien destacó en el ámbito médico nacional y fue prácticamente el fundador de lo que se convertiría en el Hospital Nacional Psiquiátrico, siendo que dirigió el Asilo de Locos desde diciembre de 1890 hasta su fallecimiento en diciembre de 1891.

Para financiar el Asilo de Locos, el gobierno decidió obtener rentas mediante la lotería, ya que, como se indica en la Ley de Creación del Hospital para Insanos y Renta de la Lotería *“... el estado actual del Tesorero Público no permite al Gobierno*

³³ *“...Esto se refleja en los datos que presenta el médico Láchner Sandoval en la Revista de Costa Rica en el Siglo XIX, según los cuales y de acuerdo con las estadísticas del Hospital, en un 28% de los casos las causas de los trastornos mentales eran atribuidos al alcoholismo, mientras que en el 64% de los casos se debía al ‘método de vida, la educación y la selección matrimonial’, quedando un 8% de casos explicados por los abusos venéreos y del café (sic), excitación política y religiosa, espiritismo, herencia, matrimonio entre parientes.(...) Las cifras oficiales de las causas de la locura en 1902, publicadas en la Gaceta Médica en 1903, son muy distintas de las que cita Láchner. La herencia ocupaba el primer lugar entre las causas de la locura; un 49,6% en las mujeres y 47,8% entre los hombres, para un 48,7% del total de enfermos (mientras que en las cifras dadas por Láchner ocupan un porcentaje muy pequeño). Llama la atención, que Láchner publicara estas cifras tan bajas en cuanto a la herencia, pues en la época las ideas eugenésicas empezaban a cobrar importancia...”* (D’Alolio: 12-13).

*emprender la obra con sus rentas ni proveer después la satisfacción de las necesidades propias del establecimiento...*³⁴.

Según se indica en diversas reseñas históricas del Hospital Nacional Psiquiátrico, “...El 26 de enero de 1896 la Junta de Caridad dispuso cambiar el nombre de Hospital o Asilo de Insanos por el nombre ‘Hospital Chapuí’” (Rodríguez Jiménez: 18). Lo anterior en reconocimiento al presbítero Manuel Antonio Chapuí y Torres cura de la provincia de San José desde 1772 hasta 1783, quien a su fallecimiento donó al Estado los terrenos en los que posteriormente se ubicó el Asilo, por lo cual en agradecimiento le fue dado su nombre a dicho nosocomio.

b. De la Junta de Caridad a la Junta de Protección Social

En el año de 1936 la Junta de Caridad cambió su nombre a Junta de Protección Social de San José y fueron creados diversos órganos de refuerzo a los hospitales, tales como el *Consejo Nacional de Seguridad, Beneficencia y Protección Social* y la *Dirección de Asistencia Médico Social* (Rodríguez Jiménez:18). En el año 1941, bajo la administración del Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia fue creada la Caja Costarricense del Seguro Social (en adelante CCSS). Posteriormente, en el año 1945 la Junta de Protección Social compró a dicha institución unos terrenos conocidos en ese entonces como “Finca la Hacienda” y que se encontraban ubicados en Pavas, con el fin de construir un complejo médico de mayores alcances en dicha zona. Lo anterior ya que desde finales de la II Guerra Mundial y durante inicios de la década de los años 50 (Rodríguez Jiménez:18) el número de pacientes comenzó a crecer, con el consecuente aumento de la demanda de los servicios. Esto a su vez provocó que los recursos humanos del hospital para atender a la población de pacientes se tornaran insuficientes, por lo que en forma paulatina fueron siendo eliminadas las áreas verdes del Hospital y se amplió la planta física, mientras que las terapias

³⁴ Decreto XXI del 29 de abril de 1885 de la Ley de Creación del Hospital para Insanos y Renta de la Lotería del Presidente Bernardo Soto.

ocupacionales y psicosociales se fueron sustituyendo por terapia medicamentosa (Acuña Sanabria:17).

Para la década de los sesenta se consolidó en Costa Rica la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica, período en el cual regresaron al país una cantidad importante de profesionales preparados en psicología y psiquiatría en el extranjero, con una amplia formación académica y por ende mejores perspectivas de las necesidades sobre salud mental. Así como una gran motivación para brindar atención a los pacientes más allá de las paredes hospitalarias. Estos médicos brindaron nuevas orientaciones en la creación de servicios de tipo social en el campo de la psiquiatría.

En el año de 1963 aparecieron los primeros programas formales de postgrado en psiquiatría para entrenar a los médicos como especialistas (Acuña Sanabria: 17). Al respecto, el Dr. José Acuña Sanabria, quien es médico especialista en psiquiatría egresado de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica en el año de 1967, indicó que:

“...Desde el principio, estos programas, tuvieron en su orientación una proyección del psiquiatra fuera del hospital psiquiátrico. Fueron residentes que empezaron a resolver consultas de otros colegas en el Hospital San Juan de Dios y el Hospital Antituberculoso. Se organizaron las consultas externas de psiquiatría para pacientes que podían funcionar con un control ambulatorio. Se usan los psicofármacos y se inician terapias para dar asistencia a las personas fuera del Hospital. Fueron estas las primeras incursiones de la psiquiatría nacional fuera del Hospital Chapuí (...) A pesar de los intentos realizados hasta ese momento por proyectar la psiquiatría al país, no se había logrado mayor avance en ese sentido. Prácticamente todo el esfuerzo en términos de salud mental todavía estaba circunscrito al trabajo que se realizaba con pacientes internados y en las nacientes consultas externas del Seguro Social y del Hospital Chapuí. La semilla estaba sin embargo ya sembrada...” (Acuña Sanabria: 17)

Podemos ver como a partir de la década de los 60 surgió en Costa Rica una importante cantidad de médicos capacitados en el extranjero. También es notable el aumento de la cantidad de usuarios que requirieron los servicios de atención psiquiátrica intrahospitalaria. Mientras en el norte del continente americano cobraba auge la psiquiatría comunitaria, en nuestro país se realizaban esfuerzos por renovar la lógica de atención a una cantidad de usuarios crecientes. Por lo anterior, en

nuestro país se fue pasando gradualmente de la terapia laboral en el Asilo de Locos, al tratamiento medicamentoso e interinstitucional en el Hospital Chapuí de Pavas. Lo que en un inicio tuvo un rumbo adecuado respecto a los tratamientos otorgados a los pacientes, fue poco a poco transformándose en una atención tendiente a ver la mayor cantidad de enfermos en un menor lapso de tiempo. Así en Costa Rica, de los años 60 en adelante, empieza un cambio gradual hacia el clásico manicomio. La atención se comenzó a brindar principalmente dentro de las paredes del Hospital y por ende, resultó necesario ampliar las edificaciones. Esto implicó la reducción de los espacios de esparcimiento y de labores terapéuticas, para incrementar la capacidad del albergue de los pacientes. La terapia ocupacional o ergoterapia, fue entonces cayendo cada vez más en desuso y fue siendo sustituida por nuevos fármacos que proporcionaban resultados inmediatos. No obstante, antes de ahondar en lo ocurrido en la década posterior a los 60, resulta necesario señalar algunos importantes acontecimientos que se narrarán a continuación.

c. Traspaso del Hospital Nacional Psiquiátrico a la Caja Costarricense del Seguro Social

La década de los setentas trajo consigo importantes cambios. El 11 de setiembre de 1973 fue creada la ley número 5349, denominada “Ley de traspaso de hospitales a la Caja Costarricense del Seguro Social” (en adelante ley de traspaso), cuyo objetivo primordial consistió en la universalización e integración de los servicios médicos. Antes de dicha ley los servicios se brindaban separadamente por la Junta de Protección Social, La Caja Costarricense del Seguro Social y el Ministerio de Salud.

Un año después de la creación de la ley de traspaso y debido al aumento de pacientes, la alta demanda de servicios y al hacinamiento, se trasladó el antiguo hospital Chapuí al terreno comprado por la CCSS en la Hacienda en Pavas, finca en

la cual fue inaugurado el 15 de setiembre de 1974³⁵ el actual Hospital Nacional Psiquiátrico, que albergó a la población del antiguo nosocomio.

Sin embargo, no fue hasta a partir del 1° de setiembre de 1977 que la Caja Costarricense del Seguro Social asumió la guía del Hospital Nacional Psiquiátrico³⁶ con lo cual fueron gestados una serie de cambios (Acuña Sanabria:22) de suma importancia, tanto a nivel organizacional, administrativo, infraestructural y de acoplamiento de objetivos como de políticas de atención, entre otros.

Posteriormente, factores como la mayor complejidad institucional, el sistema administrativo organizado por jerarquías, la concentración de autoridad y delegación de responsabilidades, junto al crecimiento rápido de la institución, llevó a lo que el Dr. Acuña Sanabria describe como la *cosificación* (Acuña S.: 28) de los servicios y de los pacientes. Es decir, a un *“proceso donde (...) las iniciativas y las personas son convertidas en una cosa amorfa e impersonal...”*, a la deshumanización de los servicios psiquiátricos, los cuales, a partir del traspaso, comenzaron a sucumbir ante lo que el mismo galeno denomina una institucionalización *burócrata* (Acuña: 29)

³⁵ Lo siguiente se lee en un reportaje publicado en la Nación el día 14 de setiembre de 1974, bajo el título de **“Una nueva ciudad: el Hospital Psiquiátrico de Pavas”**: *“...Ahí no más, a escasos kilómetros de la ciudad capital, en Pavas, se levanta una obra majestuosa (...) el Hospital Nacional Psiquiátrico. Construido con esfuerzo y capital nacional (...) y gracias al esfuerzo y empeño de directores y funcionarios de la Junta de Protección Social de San José. Ahí, en Pavas, existe un proyecto considerado como el mejor de América Latina, con 50.000 metros cuadrados de construcción y distribuidos en 28 edificios, y asentado en un proyecto global de aproximadamente 100 manzanas (...) Es difícil imaginar que el Hospital de Pavas tiene su propia calle de locales comerciales, con salón de belleza, barbería, soda y tienda para la venta de los artículos producidos por los pacientes. Un área de terapias industriales con seis modernos y funcionales talleres, área de suministros con proveeduría, bodega, taller de mantenimiento, comedores, ropería, taller de costura y lavandería; su propia iglesia y 12 edificios de encamados; una unidad de niños con 150 camas y dos plantas para albergar los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento (...) Ese gran conjunto de edificios (...) con 1.400 camas, ha sido proyectado para llenar las necesidades de hospitalización psiquiátrica en los próximos 50 años, combinados con programas de psiquiatría comunitaria que cubren gran parte del territorio nacional (...). El proyecto total es mucho más ambicioso y es ya una realidad. En los alrededores del Hospital se encuentran las actividades agropecuarias en varias decenas de manzanas. Cómodas casas en número de 16 han sido construidas para ser utilizadas, en su mayor parte, por los peones agrícolas y sus familias (...) A lo largo de unos tres kilómetros de camino recién lastrado se observa una fábrica de bloques, a cargo de los pacientes y con una producción diaria de aproximadamente mil bloques de primera calidad. Una nueva y moderna porqueriza con capacidad para dos mil animales. Una granja avícola ya en funciones que permite el destace de 3.600 aves cada 15 días, lo que equivale a nueve mil libras de carne aproximadamente; un hermoso proyecto de orquídeas, el programa agrícola y un bosque de cedros australianos, pinos y hondureños, eucaliptos, nogales y araucarias...”*

³⁶ El 11 de setiembre de 1973 fue creada la ley número 5349, denominada *“Ley de traspaso de hospitales a la Caja Costarricense del Seguro Social”*, cuyo objetivo primordial consistió en la integración de los servicios médicos, que anterior a dicha ley se brindaban separadamente por la Junta de Protección Social, La Caja Costarricense del Seguro Social y el Ministerio de Salud.

y al crecimiento masivo de una población asegurada que requería de unos servicios, los cuales no pudieron crecer de manera proporcional a la cantidad de usuarios que los demandaban.

Desde los años cincuenta la terapia medicamentosa ya había cobrado auge en nuestro país, sin embargo, es a partir de la década de los setenta las pastillas se convirtieron en el medio más idóneo, rápido y eficaz para erradicar (al menos momentáneamente) los padecimientos de los usuarios de los servicios. Esto, como se ha indicado antes, debido al desmesurado aumento de la demanda y la falta de tiempo y recursos para la atención integral de los pacientes.

La década de los ochentas, fue también una época de cambios y dificultades para nuestro país. Costa Rica fue golpeada por la crisis producida por el alza internacional de los precios del petróleo y la recesión mundial, afectando a todos los sectores de la población. Esto de alguna forma influyó en los servicios del Hospital Psiquiátrico. Debido a la crisis económica por la cual atravesaba nuestro país los recursos humanos del hospital fueron reducidos, sumándose *“sobrepoblación, analfabetismo, baja educación, pobreza, enfermedad, baja productividad, pobre disciplina del paciente, aislamiento familiar y aislamiento social...”* (Brenes Antonini: s.f.).

No obstante las dificultades señaladas, como elemento positivo cabe señalar que en 1984 la psiquiatría fue reconocida como especialidad por el Colegio de Médicos y Cirujanos. A pesar de ser esta una acogida tardía de la psiquiatría como rama especializada de la medicina, dicho reconocimiento constituyó un importante impulso para ampliar el espectro de atención a los usuarios a lo largo de todo el territorio. Durante esta época se intentó introducir con fuerza los servicios de psiquiatría en los diferentes hospitales del país. Esto con la finalidad de que los pacientes de diferentes áreas territoriales fueran atendidos de una manera (en la medida de lo posible) inmediata en los centros médicos de su zona de procedencia y dejando al HNP para el tercer nivel, es decir, únicamente para los casos más graves de diagnóstico y tratamiento.

d. La Década de los noventa: La Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica y la Declaración de Caracas.

En el año de 1990 la Organización Panamericana de Salud (OPS)³⁷, convocó a legisladores, profesionales en salud mental, líderes de Derechos Humanos y activistas defensores de los derechos de las personas con discapacidad a una Conferencia en Caracas, Venezuela, para la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina. La representación de nuestro país estuvo a cargo del entonces Viceministro de Salud Dr. Manuel Ángel Cortés, el Dr. Álvaro Gallegos Chacón (precursor del programa de posgrado de Psiquiatría de la Universidad de Costa Rica) y la Dra. Oliva Brenes Antonini, quien fuera Directora del HNP desde 1996 hasta el 2009.

En dicha conferencia fue aprobada la Declaración de Caracas, una de las normas técnicas más importantes con gran impacto la estructura de los servicios de salud mental en América y que aboga por una atención psiquiátrica participativa, integral y preventiva, proponiendo que el hospital psiquiátrico³⁸ no constituya el único instrumento asistencial, si no que en la medida de lo posible la atención a los usuarios de los servicios de salud mental sea brindada dentro de la comunidad (Kraut: 3).

³⁷ La OPS, creada el 02 de diciembre de 1902 y es un organismo internacional de salud pública, que forma parte tanto del sistema interamericano (dentro del cual es el organismo internacional especializado en salud) como del sistema de Naciones Unidas. La OPS cumple la función de Oficina Regional para las Américas y es un organismo de cooperación técnica que colabora con los países para el intercambio de información y se encuentra dedicado al control y coordinación de políticas públicas para la promoción de la salud y el bienestar en los países de las Américas. Además, ejecuta proyectos para otros organismos, organizaciones y fundaciones filantrópicas internacionales. Al respecto ver página oficial de la OPS http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_wrapper&Itemid=2005&lang=es consultada el 31.01.14

³⁸ La Declaración de Caracas señala que la atención psiquiátrica convencional, es decir, la basada en un modelo asilar o manicomial, no permite alcanzar los objetivos de una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva al “...aislar al enfermo de su medio, generando de esa manera mayor discapacidad social (...) crear condiciones desfavorables que ponen en peligro los derechos humanos y civiles del enfermo...”, por lo cual una reestructuración de la atención psiquiátrica implica “...la revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la atención de servicios...”. Consultado en http://www.paho.org/hr-ecourse-s/assets/pdf/Module1/Lesson1/M1_L1_3.pdf el 31.10.14

A partir de dicha declaración se implementaron planes para la reforma del sector salud en nuestro país, tales como el Plan Nacional de Salud Mental en 1992 y el Plan Estratégico Institucional de la CCSS en 1994. Además, la creación de una serie de decretos³⁹ en los cuales se plantearon entre otros aspectos, la necesidad de destinar como mínimo un 5% de las camas de los hospitales⁴⁰ para la atención de pacientes psiquiátricos y de constituir una red de atención basada en la comunidad⁴¹, haciendo especial énfasis en la capacitación del personal en psiquiatría y de salud mental sobre los derechos civiles y políticos de los pacientes.

³⁹ A raíz de la Declaración de Caracas fueron creados el decreto ejecutivo 20665-S, que autoriza la Ejecución del Plan Nacional de Salud Mental con Énfasis en Psiquiatría, publicado en la Gaceta número 206 el martes 29 de octubre de 1991 y el decreto 23984-S de Creación de Grupo de Trabajo en Atención Psiquiátrica Integral a Nivel Local y Comunitario en el Territorio Nacional, publicado en la Gaceta número 35 del 17 de febrero de 1995.

El primero establece *“La necesidad de superar el Hospital Nacional Psiquiátrico por medio del desarrollo de políticas integrales de salud mental formuladas por la Organización Mundial de la Salud y por la Oficina Panamericana de la Salud (...) La necesidad de establecer modalidades de atención psiquiátrica, alternativas basadas en la comunidad y en las redes sociales establecidas en ellas. La necesidad de que se permita utilizar hasta el 5% de las camas de los hospitales generales para la atención de los enfermos mentales...”* estableciendo además en el artículo 3 de dicho reglamento que a nivel hospitalario se contemplarán los siguientes objetivos: *“Humanizar el medio ambiente terapéutico (...) Velar que el sistema respete los derechos humanos y civiles de los pacientes con trastornos mentales...”*.

Mientras que mediante el segundo se crea un Grupo de Trabajo en el sector de salud, encargado de fortalecer la atención psiquiátrica a nivel local y comunitario en todo el territorio nacional. Al cual se le asignan los siguientes objetivos: *“Formular y ejecutar con grupos de apoyo, un plan de mejoramiento de las condiciones y calidad de vida de los pacientes internados en el Hospital Nacional Psiquiátrico y en el Hospital Dr. Roberto Chacón Paut, mientras se define y ejecuta el proyecto de reestructuración de la atención psiquiátrica; Desarrollar y actualizar las normas técnicas de la atención, incluidas las referentes al uso racional de los psicofármacos y de las terapias electroconvulsivas, así como los criterios de control de calidad de la atención psiquiátrica en el país. Establecer mecanismos para ejercer el control de la calidad y el seguimiento de las normas de atención psiquiátrica, así como también el control del respeto de los derechos de los pacientes...”*

⁴⁰ En el reportaje *“Cuestionan reformas de psiquiatría”* publicada en la página 3 del periódico Al día de 7 de marzo de 1995 se señala lo siguiente: *“‘No es tan fácil’ fue la respuesta de directores de hospitales al referirse a la posible creación de servicios de psiquiatría en cada centro, lo cual está contemplado en un decreto publicado hace 22 días. La falta de médicos especialistas, lo costoso de la atención y el desconocimiento de cómo se está planificando la iniciativa, crea la incertidumbre sobre la viabilidad de la idea (...) las reformas establecen que cada hospital cuente ‘con un equipo interdisciplinario y una sección específica para atender a estos pacientes, permite dar una cobertura amplia y más focalizada a los enfermos que llegan por problemas neuróticos y depresivos (...) Lo que se pretende es que cada vez a nivel regional los problemas mentales sean atendidos, de primera mano, mediante el personal de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) y luego por los hospitales, los cuales tendrían profesional e infraestructuralmente las condiciones óptimas para tratar a estos pacientes...”*

⁴¹ Al hablar de una red de atención basada en la comunidad, se hace referencia a aspectos tales como la prevención, el diagnóstico y el tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales en una base comunitaria. Esto implica que sean realizados programas que incluyen el análisis de las problemáticas en la salud mental presentes en determinadas comunidades o áreas geográficas, estudios epidemiológicos, necesidades de la comunidad con respecto a su ubicación, ámbito laboral, recursos económicos, demandas existentes, limitaciones y obstáculos presentes en la comunidad, etc. Calderón Narváez define la psiquiatría comunitaria como *“ el conjunto de conocimientos, teorías, métodos y procedimientos que en los campos de servicio e investigación son requeridos por los psiquiatras que participan en los programas organizados de la comunidad para la promoción de la salud mental, la prevención y el tratamiento de los trastornos mentales y la rehabilitación de pacientes psiquiátricos en una población determinada (...) En forma muy sencilla (...)*

Entre las recomendaciones de la Declaración de Caracas se sugiere a los países adoptar medidas en sus legislaciones para asegurar la dignidad personal y el respeto de los derechos civiles y humanos de los pacientes. Para Costa Rica no fue sencillo adaptarse al cambio, ya que las propuestas planteadas en dicho instrumento requirieron de una reestructuración total de los servicios, la cual contempló entre otros planes

“...la actualización de las normas técnicas de la atención sobre el uso de los psicofármacos; el mejoramiento de las condiciones y calidad de vida de los pacientes internados tanto en el Hospital Psiquiátrico como en el Hospital Chacón Paut; la creación de los servicios de psiquiatría en hospitales generales a cargo de grupos interdisciplinarios y de mecanismos para controlar el respeto a los derechos del paciente; la reducción de internamientos; desarrollo de programas de rehabilitación psicosocial, familiar y local; fortalecimiento de la atención primaria en EBAIS así como el establecimiento de hogares transitorios y hogares de día para los pacientes.”⁴²

Con la aprobación de Ley de Igualdad de Oportunidades para Personas con Discapacidad (Ley 7600) durante el gobierno de José María Figueres Olsen en 1996, se afectó gran parte de la normativa costarricense en lo tocante a aspectos relacionados con las personas discapacitadas. En este sentido, los cambios más importantes se dieron en modificaciones a artículos del Código Civil, Código Procesal Civil, Código de Familia y a la Ley General de Salud ⁴³, Uno de los cambios con mayor relevancia a efectos del presente trabajo fue la reforma total realizada a los artículos 29, 30, 31,32 y 33 de la Ley General de Salud que regulan los aspectos concernientes al tratamiento especializado ambulatorio o de internamiento en los servicios de salud, en el caso de personas con *trastornos emocionales severos o dependientes* al uso de drogas y/o alcohol. Así como las modificaciones realizadas al

entendemos por psiquiatría comunitaria, la utilización de todos los recursos de una comunidad determinada para tratar de alcanzar el grado máximo de salud mental de sus propios integrantes (...) la psiquiatría de la comunidad demanda modelos y métodos adicionales para suplementar a los de la clínica. Se necesita gran habilidad para desplazarse fácilmente de un foco clínico, representado por un sujeto o una familia enferma, a un foco comunitario que contempla al individuo como el representante de un segmento de la población, y que intenta descubrir y modificar las fuerzas sociales que están actuando sobre él ...” (la negrita no corresponde al original) (Narváez Calderón:20-21).

⁴² Decreto Ejecutivo 23984-S publicado en la Gaceta número 35 del 17 de febrero de 1995.

⁴³ El artículo 79 de la Ley 7600 de Igualdad de Oportunidades, reformó de manera total y expresa los artículos 36, 41, 47, 48, 545, 587 y 595 del Código Civil, numerales relacionados con declaratoria de incapacidad de la persona, requisitos y procedimiento.

instituto de la curatela que se encuentra regulada en diversas disposiciones del Código de Familia y Procesal Civil. Esto como propuesta a un cambio de paradigma de la discapacidad, consecuente con los postulados de los Derechos Humanos de estas personas, que proponen su autonomía y libertad de determinación.

Con esta nueva ley se intentó propulsar un cambio de paradigmas, de uno puramente asistencial, en donde la persona con discapacidad es vista como un sujeto pasivo de prestación de servicios sociales (esencialmente de carácter médico) a otro en el que las personas con discapacidades pueden asumir el control de su vida, ejerciendo sus derechos y también cumpliendo con sus obligaciones (Lépiz Ramos y Rodríguez Sandoval: 2000).

A mediados de la década de los noventa, en diversos medios de comunicación se comenzó a hablar sobre la prevalencia de un modelo manicomial en Costa Rica. Este modelo correspondía nada más y nada menos que a un sistema adoptado por la CCSS desde sus inicios. En virtud de lo anterior se cayó en cuenta de que nuestro país se encontraba atravesando una “crisis de la atención psiquiátrica”, al concebir la atención intrahospitalaria como la única forma para dar respuesta a los trastornos de salud mental ⁴⁴. Por esta razón, en 1996 un grupo interdisciplinario especialmente conformado para estudiar la situación de los pacientes crónicos internados en el HNP, realizó un estudio denominado “*Análisis de la población de pacientes de larga estancia del Hospital Nacional Psiquiátrico*”⁴⁵. Con dicho estudio se pretendió realizar un análisis de la situación fáctica de los pacientes crónicos y buscar formas para dar cumplimiento a las disposiciones estratégico-políticas que empezaron a formularse desde inicios de los noventa. Mediante las cuales se planteaba la necesidad de modificar la atención psiquiátrica convencional, al considerársele una forma de

⁴⁴ Al respecto, ver artículo *En crisis atención psiquiátrica*, publicado el 8 de octubre de 1996 en la página 13 de La Prensa Libre.

⁴⁵ Estudio realizado por José R. Garita (Coordinador de la Unidad de Investigación del HNP), Carlos Pál Hegedüs (psicólogo conductual), Arturo Bertheau (psiquiatra) y Jackeline Salas (trabajadora social).

estigma y exclusión que aislaba al enfermo de su medio, generando una mayor discapacidad social⁴⁶.

En dicho estudio se determinó la existencia de 389 pacientes de larga estancia, internados por periodos excesivamente largos o incluso de por vida en el HNP. Según dicho informe, las condiciones de “*permanencia, vida, deterioro y abandono*” de dichos pacientes sugirieron la existencia de un modelo manicomial, al menos, con relación a dichos pacientes.

En dicho estudio se determinó que las características administrativas del hospital se encontraban basadas en un modelo arcaico de atención, desfavorable para el advenimiento de nuevas estrategias para una atención acorde con los derechos humanos. En virtud de lo anterior, se señaló en dicho informe la necesidad urgente de disponer de todos los recursos posibles del nosocomio para la reorganización del modelo de atención intrahospitalaria. Lo anterior a fin de cumplir con los postulados generales de los derechos humanos de los pacientes.

Debido a esto, se plantearon diversas discusiones, respecto a las medidas más adecuadas para solucionar los cuestionamientos hechos al modelo de asistencia tradicional, en cuyo eje se encuentra el hospital psiquiátrico. La posibilidad de una sustitución completa del hospital psiquiátrico se consideró materialmente imposible (al menos para entonces) en virtud de existir insuficiente estructura con la cual se pudiera dar una adecuada cobertura y atención a los pacientes dentro de la comunidad. Otra de las cuestiones planteadas fue el temor de que una completa desinstitucionalización o una reducción drástica de camas como política en la atención de salud mental, pudiera derivar en un abandono o renuncia por parte del sistema a hacerse cargo del paciente.

En virtud de lo anterior, se consideró necesario en primer lugar, organizar una estructura inicial de servicios para la atención en salud mental de la CCSS, basada en la creación de equipos de salud mental como base a una futura red nacional de

⁴⁶ Declaración de Caracas aprobada en la Conferencia para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina celebrada en Venezuela en 1990.

atención total en salud mental. Adicionalmente, se hizo énfasis en la necesidad de realizar estudios epidemiológicos para determinar la situación de las enfermedades mentales en la población y métodos para prevenirlas.

Según señaló el Dr. Francisco Montero Barquero en el Informe de Avance y Propuesta de Planificación y Programación en el Hospital Nacional Psiquiátrico en agosto de 1996, el examen del hospital mental como eje único de la atención y solución a los problemas de la enfermedad mental evidenció “...en el plano ético, el riesgo de violación a los derechos humanos (...) en el plano clínico el riesgo del ‘institucionalismo’ y la ‘neurosis institucional (Wing y Barton) (...) en el plano institucional (...) el establecimiento de relaciones de sumisión y violencia física y afectiva, inmersas en un círculo vicioso donde quien está obligado a sufrir hace sufrir al más débil (...) en el plano de la salud pública, el cuestionamiento del papel sanitario del hospital al ‘institucionalizar’ los problemas socioeconómicos de muchos de sus internados...” (Montero, 1996)

Fue así que el análisis realizado durante los años precedentes llevó al Estado a desarrollar acciones tales como un análisis sectorial efectuado a partir del año 2002, en el cual se realizó una síntesis descriptiva de los problemas más relevantes de la demanda de salud mental. Además de esto, a partir del mismo año se implementó una política nacional de salud (2002-2006). Dentro de la misma se incluyó como uno de sus propósitos el fomento de acciones orientadas a la promoción de la salud mental, así como a la prevención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales en los diferentes niveles de atención del sistema nacional de salud, con especial énfasis en el primer nivel y dando prioridad a la salud mental infanto-juvenil (Ministerio de Salud, 2007)

Según se señala en el Informe sobre el Sistema de Salud Mental en Costa Rica presentado en noviembre de 2008 ante la OMS y en colaboración con la OPS, para poner en práctica dicha política, se puso en marcha el Plan Nacional de Salud Mental 2004-2010, cuyos componentes fueron el “...desarrollo de los servicios de salud mental, optimización de hospitales psiquiátricos grandes, modificación de los

hospitales psiquiátricos para brindar mayor atención integral, desarrollo de un componente de salud mental en la atención primaria de salud, recursos humanos, participación de los usuarios y familias, abogacía, defensa y promoción, protección de los derechos humanos de los usuarios, igualdad de acceso a los servicios de salud mental entre los diferentes grupos, mejora de calidad y sistema de evaluación...” (Ministerio de Salud/OPS, 2010:21).

En dicho Plan se explica el especial énfasis que se le da a la niñez y la adolescencia, en razón de ser éstas etapas fundamentales en la vida de toda persona y por ende determinantes en su salud mental. En el mismo documento, se establece que a través del control de factores de riesgo e incidencia en la salud mental de los niños y jóvenes (prevención primaria)⁴⁷ se puede ayudar a evitar o a disminuir la aparición de dolencias de esta índole en esta futura población adulta. Entre dichos factores de incidencia en la salud mental, se señalan entre otros: la falta de educación, el desempleo, la cultura de violencia, la transformación de la estructura familiar, la pobreza y falta de oportunidades de recreación y disfrute, la falta de información, así como factores socioculturales negativos tales como el alcoholismo y la drogadicción (Ministerio de Salud/OPS:33). Todos los cuales involucran a los diferentes actores sociales de todos los niveles, relacionados con los sectores de salud, educación y comunidad, entre otros.

Es importante señalar que en el Plan Nacional de Salud Mental 2004-2012 (Ministerio de Salud, 2007:10), se omitió un aspecto de suma relevancia, que fue especificar la manera en que serían financiadas las acciones a seguir para alcanzar los objetivos y metas planteadas. Razón por la cual, como se señaló posteriormente en el Informe sobre el Sistema de Salud Mental en Costa Rica (Ministerio de

⁴⁷ En el Plan Nacional de Salud Mental se define la prevención primaria como aquella “...dirigida a controlar los factores de riesgo para evitar la aparición de la enfermedad o dolencia, mediante el fortalecimiento de la autoestima, el control y la reducción de estrés, la reducción de toda forma de violencia, la prevención del abuso físico, psicológico y sexual, el mejoramiento de las relaciones interpersonales, consolidación de vínculos afectivos, prevención de las adicciones, el control de conductas de riesgo, proyectos de vida en la pubertad o en la adolescencia, adecuado manejo del tiempo libre, recreación y el descanso, aprender nuevas formas de manejar los conflictos, y en general un plan de vida saludable en un marco de valores éticos y morales”.

Salud/OPS: 22), solamente algunas metas incluidas en el plan fueron alcanzadas en los últimos años, en especial en el área infantil juvenil.

En cuanto al presupuesto estatal destinado a la atención de la salud mental, en el mismo informe se señaló que en Costa Rica se destina para dicha área un 3% del presupuesto total para el sector de salud. De ese 3%, un 67% es dedicado a los Hospitales Psiquiátricos o atención en el tercer nivel. Siendo que tan solo el 33% restante se dedica a las atenciones en el nivel primario y secundario⁴⁸. En adición a lo anterior, según se señaló datos estadísticos del mismo documento, a partir de los cambios implementados, un 79% de las camas totales de psiquiatría se concentraron en los hospitales psiquiátricos, un 14% en unidades residenciales comunitarias y un 7% en unidades psiquiátricas de hospitales generales. Mientras respecto a los internamientos, se indicó de relevancia que durante los cinco años anteriores al 2008 se dio una disminución en los mismos equivalente a un 6%.

Dentro de los esfuerzos realizados los legisladores del país cabe mencionar la presentación de un proyecto de ley en el año 2004 por el diputado Edgar Mohs Villalta, denominado *Creación del Sistema Nacional de Salud Mental* (expediente legislativo No. 15666) con el cual se pretendió instar a las instituciones públicas y a los organismos no gubernamentales relacionados con la salud mental, a incluir en sus estructuras programáticas, acciones específicas en salud mental, según los lineamientos del Plan Nacional de Salud Mental (Proyecto de Ley 15666:6) declarando de interés público la consecución y el mantenimiento de la salud mental. Además, de suma relevancia, en dicho proyecto se estableció un transitorio con el cual (de aprobarse dicho proyecto de ley) se pretendía en el plazo de diez años a partir de su entrada en vigencia, la reducción de un 50% de los pacientes internados en el

⁴⁸Por primer nivel de atención se entiende aquel en el cual el paciente tiene el primer contacto con el sistema de salud y corresponde a las modalidades de atención cuya oferta de servicios se centra en la atención ambulatoria, promoción y prevención de la Salud. Según el informe sobre Situación Actual de la Salud Mental de Costa Rica presentado por el Ministerio de Salud y la OPS en el 2004 “*En Costa Rica, la red de servicios de atención primaria está constituida por conjunto de 835 Equipos Básicos de Atención Integral de la Salud, EBAIS y 95 Áreas de Salud que cubren el 94% de la población...*” mientras que el segundo nivel se encuentra constituido por las diferentes clínicas y hospitales generales en los cuales se brinda servicio de psiquiatría. El tercer nivel corresponde a la atención psiquiátrica brindada en centros especializados tales como los hospitales psiquiátricos. (OPS y Ministerio de Salud, 2004:33 y 35)

Hospital Nacional Psiquiátrico en relación con las estadísticas del año 2004. Así como la creación de pequeñas unidades de internamiento psiquiátrico en los hospitales regionales y otros para recibir atención proporcional (Proyecto de Ley 15666:10). No obstante por falta de voluntad legislativa este proyecto fue archivado.

En el año 2008, el HNP inició con el plan estratégico 2008-2012, el cual hizo énfasis, entre otros aspectos, en el reforzamiento del modelo integral de rehabilitación psicosocial para *prevenir la cronificación, disminuir las estancias prolongadas y los reingresos y favorecer la reinserción social de las y los usuarios (Plan estratégico HNP: 25)*; así como el *fortalecimiento de la desinstitucionalización* como prioridad para el HNP.

Actualmente, en el área de salud comunitaria de dicho nosocomio, se están implementando tres programas: 1) *la red de esquizofrenia*, que consiste en estudios epidemiológicos por región de este padecimiento, el cual constituye la mayor cantidad de diagnósticos de egreso en el país⁴⁹ 2) *los programas de referencia en psiquiatría comunitaria*, con lo cuales se pretende que la atención brindada en el HNP pueda darse en los EBAIS y clínicas de las comunidades de los pacientes y 3) *los programas de egreso por comunidad*, mediante los cuales se pretende dar seguimiento a la atención del paciente dentro del área geográfica de su residencia y de igual forma se está coordinando con diversos albergues e instituciones para la colocación de pacientes que carecen de contención familiar y que no requieren hospitalización permanente para su tratamiento, tales como el Consejo Nacional de Rehabilitación y el CONAPAM.

2.3 Estructura y organizacional del Hospital Nacional Psiquiátrico

⁴⁹ Datos obtenidos del departamento de estadística y registros médicos del HNP. Cuadro morbi-anual 2010- INFORME ANUAL.

El HNP es parte del sistema hospitalario nacional, regido por la CCSS y depende de la Gerencia de División Médica de dicha institución, que es el ente rector del hospital. Su máximo jerarca es el Director Médico, en cuyo puesto se encuentra actualmente a cargo de la Dra. Lillia Uribe López.

De la Dirección General se desprende la Subdirección, la cual tiene como función coordinar acciones con las diferentes direcciones y jefaturas, así como el apoyo estratégico a las diversas unidades del Hospital. Junto a la subdirección se encuentran la Dirección Administrativa y Financiera del hospital, que dirige entre otras las cuestiones relativas a recursos humanos, financiero contable, gestión informática y servicios generales. Así como el área de Servicios Médicos y de Rehabilitación, la cual dirige las actividades de consulta externa, urgencias, hospitalización y rehabilitación.

a. Descripción física del Hospital.

En cuanto a dimensiones físicas, dicho nosocomio cuenta con 27 hectáreas con 4621,65 metros cuadrados en total y 67 000 metros cuadrados de área de construcción. Para el mes de abril del año 2011 contó con un promedio de 668 camas⁵⁰ y es un hospital especializado de alto nivel, que tiene como área de atracción todo el territorio nacional y recibe pacientes referidos por especialistas en psiquiatría, médicos generales u otras especialidades del primer y segundo nivel. De la misma manera, se recibe a usuarios referidos por autoridades policiales y judiciales, así como a pacientes de segundo nivel de la Clínica de Pavas y Puriscal (Plan Estratégico HNP: 15). Cuenta con un servicio de consulta externa, con 30 consultorios para atender usuarios de diferentes edades y un servicio de urgencias y admisión con 10 camas para la observación de pacientes (Plan Estratégico HNP:15).

⁵⁰ Cantidad referida por el Lic. Guillermo Barquero, del Departamento de Registros Médicos del HNP en entrevista realizada en fecha 17.04.11. Es de relevancia mencionar que el dato anterior refleja una disminución del total de camas del HNP en comparación con lo señalado en el Plan estratégico 2008-2009, página 15 en el cual se indica un total general de 736 camas marzo del 2009, el cual se distribuye en 365 camas para la atención de corta estancia y 371 camas para pacientes de larga estancia incluyendo al programa “Nuevos Horizontes” para menores de edad con problemas de adicción a drogas y callejización.

Entre los servicios brindados por el hospital se encuentra la atención ambulatoria y hospitalaria, complementada con el soporte de servicios de diagnóstico, terapéutico, administrativo y de apoyo. Dicho nosocomio cuenta con un hospital diurno, talleres, escuela y además dispone de 7 estructuras residenciales para el Programa de Rehabilitación Psicosocial, en el cual a los pacientes con mejoría notable se les enseñan actividades básicas para la vida cotidiana independiente fuera del hospital⁵¹. Según el plan estratégico 2008-2010, dentro de dichas residencias se ubican un promedio de 24 pacientes por mes durante todo el año.

b. Regulaciones normativas.

El marco jurídico que regula la labor del Hospital Nacional Psiquiátrico está conformado por la Constitución Política de Costa Rica⁵² y la normativa de la Caja Costarricense del Seguro Social, integrando además la legislación específica en materia de salud y las políticas institucionales existentes. Así mismo, las declaraciones e instrumentos internacionales existentes en materia de derechos humanos, salud y discapacidad rigen la labor de dicha institución.

Como ente estatal y nosocomio especializado en salud mental, el HNP se encuentra regido por lo señalado en los artículos 1, 2, 69, 70, 71 y 74 de la Ley General de Salud No. 5395 del 30 de octubre de 1973 y por el Reglamento General de Habilitación de Establecimientos de Salud y afines No. 30571-S.

⁵¹ El propósito de la ubicación de pacientes dentro de las estructuras residenciales es la preparación de los mismos para el egreso del hospital. Dentro de las actividades que se enseñan a los pacientes se encuentran el cuidado personal, como bañarse y vestirse por sí mismos. Así como actividades generales del hogar, como cocinar y lavar su propia ropa. En dicha residencia los pacientes conviven en grupos de un promedio de tres a cuatro personas, lo cual favorece el desarrollo de las relaciones interpersonales del paciente. Datos obtenidos en entrevista realizada con el Dr. Álvaro Hernández Villalobos, Jefe de Hospitalización y Rehabilitación del Hospital Nacional Psiquiátrico.

⁵² El artículo 51 de nuestra Constitución Política otorga protección especial por parte del Estado al enfermo desvalido. El artículo 73 del mismo texto normativo, señala que los seguros sociales, que protegen a las personas contra enfermedad, invalidez, maternidad, vejez y muerte (entre otros) corresponde a la Caja Costarricense del Seguro Social, institución autónoma encargada de los mismos reconocida constitucionalmente. El Hospital Nacional Psiquiátrico, a su vez, se encuentra circunscrito a la CCSS desde 1973, año en el cual entró en vigencia la ley 5349 de traspaso de los hospitales a la CCSS, con la cual se pretendió universalizar los servicios médicos, razón por la cual es posible afirmar que el marco jurídico dicho nosocomio se encuentra regido desde la Constitución Política.

En el primer artículo de dicho reglamento define como establecimientos de salud, todos aquellos en los cuales personas físicas o jurídicas, debidamente autorizadas, presten servicios relacionados con la salud ya sea de manera directa o indirecta⁵³. El mismo artículo incluye dentro de dicha definición a todos aquellos establecimientos en los cuales se realicen actividades de promoción de la salud, de prevención de enfermedades o bien aquellos en donde se preste atención general o especializada y ambulatoria o interna, para el tratamiento o rehabilitación física o mental del paciente. Dentro de lo cual se incluyen los centros para la atención de pacientes con trastornos de conducta y discapacitados mentales. Por otra parte, el artículo 2 del mismo reglamento indica el procedimiento para la habilitación de los establecimientos de salud:

“...Para su instalación y operación, los servicios de salud y afines, deberán contar con la Habilitación extendida por el Ministerio de Salud (en adelante Ministerio) de acuerdo con el trámite que establece el presente reglamento. Definiéndose habilitación como el trámite de acatamiento obligatorio realizado por el Estado para autorizar a establecimientos de salud y afines, tanto públicos, como privados y mixtos, por el cual se garantiza a los usuarios que éstos cumplen con los requisitos estructurales para dar la atención que explícitamente dicen ofrecer, con un riesgo aceptable para los usuarios...”⁵⁴

En cuanto a normativa interna del HNP, cabe mencionar respecto al tema de los derechos fundamentales de los pacientes, que el documento más importante que rige las labores del hospital se denomina “Instructivo de Sujeción y Aislamiento”. El mismo cuenta con rango de manual institucional y rige a nivel de la CCSS. El HNP cuenta además con una serie de normas administrativas a nivel interno, denominados protocolos, que regulan temas más específicos respecto a, por ejemplo, visitas, tratamiento electro-convulsivo, trámite de egreso, ingreso de alimentos, entre otros.

⁵³ Artículo 1 del Reglamento General de Habilidadación de Establecimientos de Salud y afines No. 30571-S.

⁵⁴ Ibid., artículo 2.

Capítulo III. El internamiento psiquiátrico.

3.1 Clasificaciones de internamiento por trastornos psíquicos.

Según Percellar Jiménez (2000), el internamiento de pacientes debido a trastornos psiquiátricos puede clasificarse en diferentes tipos, entre los que destacan:

- Por razón de quien lo autoriza. Esta clasificación distingue entre el internamiento ordenado por un juez (verbigracia como medida de seguridad) y el internamiento por razones médicas.
- Por razón de quien lo interesa. Dentro de esta categoría se ubican los internamientos voluntarios y los forzosos. Dentro de estos últimos, a la vez se distinguen aquellos que son “...a instancia de quienes ejerzan la patria potestad, a instancia de quienes desempeñan la tutela o curatela, a instancia del Ministerio Fiscal y a instancia de cualquier persona que ostente un interés legítimo...” (Percellar: 2000).
- En razón de la persona internada. En este caso lo que se procede a analizar es si la persona sujeta al internamiento cuenta con todas sus capacidades cognitivas y volitivas o si bien se trata de una persona que por su estado, no se encuentra en capacidad de brindar su consentimiento.
- Por el motivo que origina el internamiento. Al respecto Percellar señala que en la legislación española se diferencia a efectos procesales entre internamiento urgente u ordinario. En el caso costarricense esto no se encuentra regulado, por lo que en el caso de Costa Rica podríamos hablar de internamientos basados en criterios de peligrosidad, los cuales son por regla forzosos (riesgo para si mismo o terceros) o internamientos ordinarios, realizados a solicitud del paciente.
- Por la duración del internamiento. Percellar distingue entre internamientos mayores o menores a 24 horas. En el primer caso (en España) para este tipo de internamiento es un requisito que se encuentre sometido a control

jurisdiccional, mientras que cuando son menores a 24 horas esto no es necesario. En el caso costarricense el internamiento involuntario por razones médicas no se encuentra del todo sometido a control de un juez, mientras que en el caso de las medidas de seguridad el juez recibe informes del HNP que no garantizan un estricto control por parte de este.

3.2 Principales instrumentos que regulan la salud mental en relación al internamiento psiquiátrico en Costa Rica y en el ámbito internacional.

A nivel nacional, el derecho a la salud no se encuentra expresamente regulado por nuestra legislación, sin embargo, jurisprudencialmente, la Sala Constitucional ha indicado que este deriva del artículo 21 de nuestra Carta Magna, que regula el derecho a la vida. Por otra parte, en la Ley General de Salud no. 5395, se señala en los artículos 1 y 2 que la salud es un bien público y que corresponde al Estado velar por la salud de la población.

En cuanto a la salud mental en específico, no existe ninguna norma que la mencione concretamente este derecho. No obstante, podemos encontrar una alusión a la salud mental en el artículo 29 de la ley 5395, que señala que *“las personas con trastornos emocionales severos (...) podrán someterse voluntariamente a tratamiento especializado ambulatorio o de internamiento en los servicios de salud...”* de la misma manera, este artículo hace énfasis en el deber que tiene toda persona de someterse al tratamiento de un trastorno emocional severo cuando una autoridad competente así lo ordene: *“...y deberán hacerlo cuando lo ordene la autoridad competente, por estimarlo necesario, según los requisitos y reglamentos que la ley determinen”*.

En concordancia con el artículo anterior, el numeral 22 del mismo cuerpo normativo establece el derecho al consentimiento informado del paciente para recibir cualquier tratamiento a efectos de mejorar su salud, indicando que *“ninguna persona podrá ser sometida a tratamiento médico (...) que implique grave riesgo para su integridad física, su salud o su vida, sin su consentimiento previo o de la persona llamada a darlo legalmente si estuviere impedido para hacerlo...”*.

Como ya ha sido mencionado antes, el internamiento involuntario de personas con trastornos mentales, deberá cumplir con todos los requisitos de la curatela y ser notificado a un juez de familia.

En el ámbito de la normativa internacional, respecto al tema de salud mental, no existe legislación vinculante que regule este derecho de manera específica. Uno de los instrumentos que resulta más completo respecto a este tema (en específico respecto al internamiento involuntario) y que ahonda respecto al tema de los derechos de las personas con padecimientos mentales, son los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, adoptados por la Asamblea General de la ONU en su resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991. En esta normativa se entiende como atención la salud mental como el *“análisis y diagnóstico del estado de salud mental de una persona, y el tratamiento, el cuidado y las medidas de rehabilitación aplicadas a una enfermedad mental real o presunta”*.

Estos principios resultan sumamente completos, por lo cual se procede a hacer un breve resumen de los principales derechos que atribuye a los pacientes:

- Trato digno, del paciente, como cualidad inherente a todo ser humano (principio 1)
- Las personas con enfermedades mentales tienen derecho a ejercer todos sus derechos políticos, civiles, sociales y culturales, establecidos en la Carta Internacional de Derechos Humanos, así como la Declaración de los Derechos de los Impedidos y el Conjunto de Principios para la protección de las personas sometidas a cualquier forma de detención (principio 1.5)
- Toda persona con una enfermedad mental tiene derecho a vivir en la comunidad, en la medida de lo posible (principio 3 y 7.1). En caso de que el paciente sea tratado dentro de una institución psiquiátrica, tiene derecho a regresar a su comunidad a la brevedad (princ.7.2).
- Protección del paciente de todo tipo de daños, ya sea por la administración injustificada de medicamentos, agresión de otros pacientes, personal o terceros, que pueda infligirles ansiedad mental o molestias físicas (princ.8)
- Derechos y condiciones en las instituciones psiquiátricas: vida privada, libertad

de comunicación, libertad religiosa o de fe (princ. 13).

- La admisión involuntaria en un centro de atención psiquiátrica debe evitarse en toda medida de lo posible (princ. 15).
- La admisión involuntaria debe darse sólo en caso estrictamente necesario y su duración podrá darse sólo durante un período breve determinado por la legislación nacional (princ.16)
- Debe existir un órgano de revisión para controlar los internamientos y éste podrá ser judicial u cualquier otro órgano independiente e imparcial, pero deberá encontrarse establecido por ley. Este órgano deberá encargarse de revisar periódicamente los internamientos y los intervalos de revisión también deberán encontrarse especificados por la legislación nacional (princ.17)
- El paciente deberá contar con una serie de garantías procesales, entre las que destacan el derecho a nombrar un defensor, derecho a una audiencia para revisar el internamiento, derecho a informarse de todo el proceso y de contar con toda la información por escrito. Así como derecho a recurrir las decisiones ante un órgano superior (princ.18).
- El deber de los Estados de aplicar los principios anteriormente mencionados, adoptando todas aquellas medidas ya sea legislativas, judiciales y/o administrativas para hacer valer los mismos y revisarlos periódicamente (princ.23).

3.3 Regulación del internamiento involuntario y el derecho a libertad en la legislación costarricense. El principio de reserva de ley.

En el caso de nuestro país, no existe una legislación especial que regule y desarrolle el tema del internamiento involuntario por razones médicas. El principio de reserva de ley, establece que la Constitución Política separa ciertas materias para que sean reguladas específicamente por ley. Tal es el caso de todos aquellos actos que eventualmente puedan restringir o suprimir derechos fundamentales. Nuestra Sala Constitucional ha señalado que el principio de reserva de ley conlleva la regulación

legal de esos derechos, respetando siempre el contenido fundamental de los mismos. Además, el mismo tribunal ha indicado que este principio se encuentra incluido dentro de las libertades garantizadas en el artículo 28 constitucional, el cual señala que, artículo del cual, según el voto de la Sala Constitucional 11226 del 30.09.03, se desprenden los siguientes valores fundamentales del Estado de Derecho: 1. El principio de libertad, que en su forma positiva significa el derecho de realizar todo aquello que no esté prohibido por ley, y en su forma negativa la prohibición de inquietar o perseguir acto alguno que no infrinja la ley; 2. El principio de reserva de ley, *“en virtud del cual el régimen de los derechos y libertades fundamentales sólo pueden ser regulados por ley en sentido formal y material, no por reglamentos u otros actos normativos de rango inferior ...”*, y 3. El sistema de libertad, que se refiere a que las acciones que no dañen la moral, el orden público o las buenas costumbres y que no perjudiquen a tercero, se encuentran fuera de la acción de la ley. Pudiéndose entonces inferir de lo anterior que no es cualquier tipo de disposición estatal (por ejemplo reglamentos, decretos, normas administrativas de una institución u otras) la que puede limitar la libertad y los derechos fundamentales de las personas.

En nuestro país, el principio de reserva de ley no se cumple en lo que respecta a la regulación del internamiento psiquiátrico. Las únicas disposiciones legales que contemplan este tipo de internamiento (y sin desarrollarse a profundidad) se encuentran en la Ley General de Salud número 5395 de 1973. El artículo 29 de dicha ley, señala que:

“Las personas con trastornos emocionales severos así como las personas con dependencia del uso de drogas u otras sustancias, incluidos los alcohólicos, podrán someterse voluntariamente a tratamiento especializado ambulatorio o de internamiento en los servicios de salud y deberán hacerlo cuando lo ordene la autoridad competente, por estimarlo necesario, según los requisitos que los reglamentos pertinentes determinen”.

Además de dicho artículo, el numeral 30 de la misma ley apenas sugiere la existencia del internamiento psiquiátrico involuntario (ya que no lo nombra expresamente) al señalar que:

“Cuando la internación de personas con trastornos emocionales severos o deficiencias, toxicómanos y alcohólicos, no es voluntaria ni judicial, deberá ser comunicada por el director del establecimiento al juzgado de familia de su

jurisdicción, en forma inmediata y deberá cumplir con las obligaciones y requisitos de la curatela”.

Al leer dichos numerales, es notorio que en nuestra legislación existe un grave vacío legal en cuanto la regulación del internamiento no voluntario de personas con padecimientos mentales en los hospitales psiquiátricos. En nuestro país, la práctica es notificar dichos internamientos al juez de familia con competencia jurisdiccional, pero ese es el punto final hasta el cual llega el proceso. El juez de familia no puede nombrar un curador de oficio, si no que esto se realiza únicamente a instancia de parte.

Sumado a lo anterior y según la ley, para que se nombre un curador a una persona, es necesaria la existencia previa de una resolución judicial que declare su incapacidad cognitiva; lo cual requiere un trámite previo que tarda meses y en los hechos ningún familiar del o la paciente realiza este trámite antes de proceder a internarlo en el hospital⁵⁵.

Cabe decir que éstos no son los únicos problemas; por lo general, los pacientes involuntarios no cuentan con una persona designada legalmente para velar por sus derechos antes o durante su internamiento. En la legislación costarricense, la única figura que existe es la del curador, sin embargo, las familias de los pacientes (muchas veces de escasos recursos) no tienen interés en tramitar un proceso para nombrarles uno, ya que este instituto ha sido creado con fines primordialmente patrimoniales y muchos de los “enfermos” no cuentan con bienes que administrar.

Cuestionamientos adicionales pueden hacerse al artículo 29 de la Ley General de Salud, que delega en “*reglamentos pertinentes*” (normas inferiores a un rango legal y sin detallar cuáles) la forma en que dichos internamientos se deben realizar. Por lo general estos quedan dispuestos a criterios de la normativa interna del hospital, que tienen rango administrativo y que se encuentran en constante modificación y revisiones. Tampoco existe una figura u órgano independiente que revise la legalidad del internamiento inicial, ni mucho menos alguno que lo revise periódicamente. No

⁵⁵ Según el artículo 232 de nuestro Código de Familia, tienen derecho a solicitar la declaratoria de interdicción el cónyuge y los parientes que tengan derecho a la sucesión intestada (señalados en el artículo 571 del Código Civil).

existe además un órgano o instancia independiente ante la cual se pueda apelar el procedimiento⁵⁶, así como tampoco un defensor que vele por los derechos del paciente durante el ingreso y su estadía en el centro psiquiátrico.

Esto representa una gran problemática para este sector vulnerable de la población llamados “enfermos mentales”, ya que podría decirse que son los sujetos más propensos a todo tipo de violaciones de sus derechos y uno de los grupos más olvidados de la sociedad, ante la inexistencia (a nivel estatal) de normativa nacional que los ampare.

3.4 España. Análisis comparativo con el caso costarricense.

A diferencia de Costa Rica, el internamiento involuntario se encuentra regulado de manera más completa en el Derecho Civil español y sujeta a control jurisdiccional. La Ley de Ejecución Civil 1/2000 española establece en su artículo 763 lo siguiente:

“Artículo 763. *Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico.*
1. *El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial, que será recabada del tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento. La autorización será previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hicieren necesaria la inmediata adopción de la medida. En este caso, el responsable del centro en que se hubiere producido el internamiento deberá dar cuenta de éste al tribunal competente lo antes posible y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas, a los efectos de que se proceda a la preceptiva ratificación de dicha medida, que deberá efectuarse en el plazo máximo de setenta y dos horas desde que el internamiento llegue a conocimiento del tribunal. En los casos de internamientos urgentes, la competencia para la ratificación de la medida corresponderá al tribunal del lugar en que radique el centro donde se haya producido el internamiento. Dicho tribunal deberá actuar, en su caso, conforme a lo dispuesto en el apartado 3 del artículo 757 de la presente Ley.*
2. *El internamiento de menores se realizará siempre en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor.*
3. *Antes de conceder la autorización o de ratificar el internamiento que ya se ha*

⁵⁶ Algunos afirman que el recurso de amparo es suficiente para suplir el derecho a recurrir el internamiento. Sin embargo, en la práctica esto resulta ineficaz al faltar el principio de inmediatez y de acceso a pruebas mediante este recurso y debido a que la Sala Constitucional tiene un alto volumen de trabajo y no cuenta con los criterios técnicos para resolver estas situaciones.

efectuado, el tribunal oír a la persona afectada por la decisión, al Ministerio Fiscal y a cualquier otra persona cuya comparecencia estime conveniente o le sea solicitada por el afectado por la medida. Además, y sin perjuicio de que pueda practicar cualquier otra prueba que estime relevante para el caso, el tribunal deberá examinar por sí mismo a la persona de cuyo internamiento se trate y oír el dictamen de un facultativo por él designado. En todas las actuaciones, la persona afectada por la medida de internamiento podrá disponer de representación y defensa en los términos señalados en el artículo 758 de la presente Ley. En todo caso, la decisión que el tribunal adopte en relación con el internamiento será susceptible de recurso de apelación.

4. En la misma resolución que acuerde el internamiento se expresará la obligación de los facultativos que atiendan a la persona internada de informar periódicamente al tribunal sobre la necesidad de mantener la medida, sin perjuicio de los demás informes que el tribunal pueda requerir cuando lo crea pertinente. Los informes periódicos serán emitidos cada seis meses, a no ser que el tribunal, atendida la naturaleza del trastorno que motivó el internamiento, señale un plazo inferior.

Recibidos los referidos informes, el tribunal, previa la práctica, en su caso, de las actuaciones que estime imprescindibles, acordará lo procedente sobre la continuación o no del internamiento. Sin perjuicio de lo dispuesto en los párrafos anteriores, cuando los facultativos que atiendan a la persona internada consideren que no es necesario mantener el internamiento, darán el alta al enfermo, y lo comunicarán inmediatamente al tribunal competente”.

En el ordenamiento jurídico español se establecen los siguientes requisitos para el internamiento involuntario, que en nuestra legislación hasta el día de hoy no existen.

1. La legislación española establece como requisito (sin importar si la persona sujeta al internamiento involuntario cuenta con un tutor o curador) el control judicial del internamiento en un plazo máximo de 24 horas, el cual debe ponerse en conocimiento de un tribunal competente. De suma importancia, cabe indicar que autorización de internamiento involuntaria debe darse previamente a este por un juez, a menos de que se trate de casos de estricta urgencia.
2. En el caso de menores de edad, la legislación española establece que para ellos, se deberá disponer de un lugar específico para su internamiento, separado de la población adulta.
3. Se concede el derecho de audiencia al paciente, a fin de brindarle oportunidad

de ejercer su derecho de defensa. De la misma manera, podrá contar con un representante, inclusive por el designado para que actúe a favor de sus intereses. De suma relevancia es de indicar que la resolución que ordene el internamiento, es susceptible de apelación por la parte interesada.

4. Se establece la obligación de realizar revisiones e informes periódicos del internamiento, a fin de comprobar si las condiciones que lo originaron continúan existiendo o si lo procedente es dar de alta al paciente. Como plazo máximo de dichas revisiones se señalan 6 meses, lo cual en comparación de nuestro ordenamiento es un gran avance, toda vez que en Costa Rica ni siquiera se encuentra previsto.
5. De la misma manera, la LEC da la potestad al médico de dar de alta al paciente sin consulta previa, en caso de que éste considere que el segundo no requiere más de tratamiento intrahospitalario, medida que opera claramente en favor del derecho a la libertad del paciente.

3.5. Breve análisis de entrevista realizada a una paciente y a su madre sobre su experiencia de internamiento involuntario en el HNP.

Las entrevistas fueron realizadas personalmente a paciente y progenitora, ambas de sexo femenino. El relato y las respuestas a las preguntas, tal como puede verse en la transcripción es similar en ambos casos, lo que en cierto grado valida la información brindada por la paciente.

Cabe decir que la paciente, PS, menciona de manera superficial su perspectiva al haber estado internada en el Hospital Nacional Psiquiátrico, de manera voluntaria e involuntaria. Tiene ciertas ideas al respecto, después de más de 10 ocasiones en las que ha sido internada. A su vez, su madre cuenta, en cierto modo lo sucedido y muestran ciertas semejanzas en cuanto a lo experimentado por una y otra dentro o frente al sistema (en el caso de la paciente en él y en el caso de la madre frente a él como tercero interesado).

Aunque estas son las entrevistas a las que se pudo tener acceso, no determinan de manera general el concepto que debe tenerse sobre la experiencia de internamiento, ni para bien ni para mal. Sino que es esta una forma superficial y sencilla de acercarse a una experiencia en específico.

En ambas respuestas es claro que tienen ciertas dificultades para definir lo que es una enfermedad mental. Lo que ya denota un desconocimiento de lo que se sufre, y es posible quizás también de la dificultad de los médicos y especialistas para definir de manera exacta lo sufrido por el paciente. También podríamos deducir cierta incomunicación por parte del cuerpo profesional o de atención con respecto al paciente y a sus familiares. La madre, revela que ha tenido que ejercer el papel de “peleona” para exigir información y que además ha tenido que recurrir a “literatura en Internet” para entender lo que sucede debido a la negativa de los médicos de informar o explicar. Una vez hecha la investigación de manera empírica y personal, la madre de la paciente ha expresado que ha sido tomada en serio. Este comportamiento por parte de las autoridades médicas y administrativas es contrario al artículo 12 de Principios para la protección de enfermos mentales que la OEA ha adoptado por la Asamblea General en su resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991, y que aunque no son de carácter vinculante, pueden y deben ser considerados referentes en cuanto al tratamiento de enfermos mentales en los países miembros del sistema de Organización de Estados Americanos.

Así mismo han expresado carencias y debilidades en cuanto al tratamiento del paciente, tratos bruscos o rudos, cierta preferencia o tratamiento privilegiado a ciertas personas por una conducta menos problemática, sin entender, los administrativos y personal médico, la razón por la cual están en el sitio.

Con respecto a la Admisión Involuntaria la Organización de Estados Americanos, en su principio 16 establece que:

Principio 16

“Admisión involuntaria

1. Una persona sólo podrá ser admitida como paciente involuntario en una institución psiquiátrica o ser retenida como paciente involuntario en una institución psiquiátrica a la que ya hubiera sido admitida como paciente voluntario cuando un médico calificado y autorizado por ley a esos efectos determine, de conformidad con el principio 4 supra, que esa persona padece una enfermedad mental y considere:

a) Que debido a esa enfermedad mental existe un riesgo grave de daño inmediato o inminente para esa persona o para terceros; o

b) Que, en el caso de una persona cuya enfermedad mental sea grave y cuya [sic] capacidad de juicio esté afectada, el hecho de que no se la admita o retenga puede llevar a un deterioro considerable de su condición o impedir que se le proporcione un tratamiento adecuado que sólo puede aplicarse si se admite al paciente en una institución psiquiátrica de conformidad con el principio de la opción menos restrictiva.

En el caso a que se refiere el apartado b) del presente párrafo, se debe consultar en lo posible a un segundo profesional de salud mental, independiente del primero. De realizarse esa consulta, la admisión o la retención involuntaria no tendrá lugar a menos que el segundo profesional convenga en ello.

2. Inicialmente la admisión o la retención involuntaria se hará por un período breve determinado por la legislación nacional, con fines de observación y tratamiento preliminar del paciente, mientras el órgano de revisión considera la admisión o retención. Los motivos para la admisión o retención se comunicarán sin demora al paciente y la admisión o retención misma, así como sus motivos, se comunicarán también sin tardanza y en detalle al órgano de revisión, al representante personal del paciente, cuando sea el caso, y, salvo que el paciente se oponga a ello, a sus familiares.

3. Una institución psiquiátrica sólo podrá admitir pacientes involuntarios cuando haya sido facultada a ese efecto por la autoridad competente prescrita por la legislación nacional.”

Teniendo en cuenta esa idea básica contenida en el principio número 16 de la resolución 46/1119 de la OEA en la que recomienda que la retención involuntaria se hará por un periodo breve determinado por la legislación no queda otra que afirmar que existe una laguna jurídica en la legislación involuntaria en el sistema nacional jurídico costarricense con respecto al tratamiento o procedimientos a seguir en cuanto a esa retención o internamiento.

Cabe mencionar que existen otros principios que no son respetados, por ejemplo la libertad de creencia o libertad contemplada en el artículo 13, inciso d) o la vida privada en el inciso b) del mismo artículo solo por citar dos tipos.

La paciente menciona en la entrevista que no les permiten tener la Biblia ni libros, y que aunque tienen un locker con llave, estos carecen del manejo completo y absoluto del mismo y están sujetos a la decisión de los administrativos.

Así mismo, si observamos con detenimiento cada uno de los principios establecidos y la entrevista, podremos determinar que muchos de ellos no son seguidos y no son respetados en la medida que sirvan de una guía básica para un tratamiento efectivo y digno de los pacientes.

Conclusiones

- En Costa Rica sigue prevaleciendo el modelo médico en el tratamiento de pacientes con enfermedades mentales, el cual tiene gran repercusión en el procedimiento para efectuar internamientos forzosos.

- Nuestra legislación no contempla en absoluto el control jurisdiccional del internamiento involuntario por razones médicas, ni brinda las garantías procesales mínimas al paciente para que pueda ejercer su derecho de defensa contra dicha medida restrictiva de libertad.
- Es necesario que se regule de manera más específica y a nivel legislativo, el procedimiento para la aplicación del internamiento involuntario, el cual debería contemplar las mismas garantías y derechos que para un recluso, toda vez que se trata de una privación de libertad del paciente.
- Si bien el internamiento involuntario se menciona en nuestra Ley General de Salud, la regulación se realiza de una manera sumamente vaga, indicando únicamente que debe cumplir con los requisitos de la curatela. Esto en la práctica no sucede, por lo que actualmente es posible la privación de libertad de una persona con un supuesto trastorno mental, sin un proceso previo y amparado a la legalidad.

Bibliografía

- Acuña, J. y colaboradores. (1979). **La psiquiatría y la Psicología en Costa Rica.** Editorial Universidad Estatal a Distancia (EUNED). Costa Rica.
- Ackerknecht, E. (1964). **Breve historia de la psiquiatría.** Editorial Universitaria de Buenos Aires.
- Amati, S. (1990). **Aportes psicoanalíticos al conocimiento de los efectos de la violencia institucionalizada.** En **Era de Nieblas. Derechos Humanos, Terrorismo de Estado y Salud Psicosocial en América Latina.** Editorial Nueva Sociedad, Caracas.
- Alarcón, R. (1990). **Identidad de la psiquiatría latinoamericana, voces y exploraciones en torno a una ciencia solidaria.** Siglo XXI Editores, México.
- Arias, D. (2006). **La presencia alemana en Costa Rica durante la era del nacionalsocialismo (1933-1941).** En Revista de Historia, enero-diciembre Nos. 53-54. Escuela de Historia de la Universidad Nacional y Centro de Investigaciones Históricas de América Central UCR.

- Baratta, A. (2004). **Criminología crítica y crítica del derecho penal: introducción a la sociología jurídico penal**. 1era edición. Siglo XXI Editores, Argentina.
- Blanco Odio, A., (1997) **Del descubrimiento hasta la independencia. Los médicos en Costa Rica. Su influencia en el desarrollo económico y social**. Imprenta litográfica. Mundo gráfico S.A
- Blanco, R. (1981). **Entre Pícaros y Bobos**. Editorial Universidad Estatal a Distancia. San José, Costa Rica.
- Calderón, G. (1981). **Salud Mental Comunitaria. Un nuevo enfoque de la psiquiatría**. Editorial Trillas. México DF.
- Ferreirós, Carlos Eloy (2007). **Salud mental y derechos humanos: la cuestión del tratamiento ambulatorio involuntario**. No.27. Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI).
- Galende, E. (2008). **Psicofármacos y salud mental. La ilusión de no ser**. Lugar Editorial, Buenos Aires.
- Gallegos Chacón, A. (1979). **Panorama de la psiquiatría en Costa Rica**, en La Psiquiatría y la Psicología en Costa Rica.
- García-Pablos de Molina, A. (1999). **Tratado de Criminología**. Tirant lo Blanch, Valencia.
- Goffman, E. (2001). **Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales**. Amorrortu editores. Buenos Aires.
- González Murillo, G. (1979). **Breve estudio histórico sobre el quehacer médico-psicológico en Costa Rica**, en La Psiquiatría y la Psicología en Costa Rica.
- González Pinto, J. (2009). **Diccionario de psicología clínica forense. Principales síndromes y trastornos. Metodología pericial**. Editorial Jurídica Continental. San José, CR.
- Kraut, A. (1994). **Aspectos Normativos de la Atención Psiquiátrica**. Proyecto de Legislación de Política de Salud, División de Salud, OPS, Washington.
- Lépiz Ramos, O. y Jiménez Sandoval, R. (2002). **Una oportunidad para la igualdad: comentarios a la Ley 7600 Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad en Costa Rica**. PNUD. San José, CR.
- León, V. (1989). **La Historia en sus textos. La Europa Ilustrada**. Ediciones Istmo S.A., Madrid.
- Ministerio de Salud (2007). **Plan Nacional de Salud Mental 2004-2010**. San José Costa Rica.

- Ministerio de Salud (2010). **Informe sobre el Sistema de Salud Mental en Costa Rica.** Producción Documental del Ministerio de Salud. San José, CR
- Montero Barquero, F. (1996) **Informe de avance y propuesta de planificación y programación de la atención en el Hospital Nacional Psiquiátrico.** San José, Costa Rica.
- Narváez Calderón, G. (1981). **Salud mental comunitaria. Un nuevo enfoque de la psiquiatría.** Editrial Trillas S.A., México, D.F
- Pérez Vargas, V. (1994). **Derecho Privado. Tercera Edición.** Litografía e imprenta LIL, S.A. San José, CR.
- Rosenzvaig, E. (1993). **Los Hechiceros, una variante colonial.** En Cuadernos Hispanoamericanos. Invenciones y ensayos. Instituto de Cooperación Iberoamericana, Madrid.
- Santos Morón, María J. (2002). **El supuesto de hecho del internamiento involuntario en el artículo 763 LEC 1/2000.** Tirant lo Blanch. Valencia, España.
- Shorter, E. **A history of psychiatry. From the era of the asylum to the age of Prozac** (Consultado en google books).
- Shorter, E. (2007). **The historical development of mental health services in Europe** en **Mental health policy and practice across Europe. The future direction of mental health care.** McGraw-Hill International . (Consultado en google books)
- Sociedades Bíblicas Unidas (1986). **La Santa Biblia.** Deuteronomio, capítulo 28, versículos 15 al 28.
- Solís, M. (2006). **La élite caritativa y la institución psiquiátrica: una lectura desde los años cuarenta.** En Revista de Historia, enero-diciembre Nos. 53-54. Escuela de Historia de la Universidad Nacional y Centro de Investigaciones Históricas de América Central UCR.
- Szasz, T. (2001). **Ideología y enfermedad mental.** Amorrortu Editores S. A. Buenos Aires.
- Ortiz-Osés, A. y Lanceros, P. (2006). **Diccionario de la Existencia: Asuntos relevantes de la vida humana.** Editorial Anthropos. México.
- Viquez, M.; Cubillo, J. y Mesén, S. (2005). **Locura y Delito en 1778.** San José: Poder Judicial, CONAMAJ.
- Waughfield, C. (2001). **Mental Health Concepts fifth edition.** USA: Delmaer.

Páginas Web:

Arias Mora, D. (2006). **La presencia alemana en Costa Rica durante la era del nacional socialismo (1933-1941)**, en Revista de Historia Enero-Diciembre Nos. 53-54/ 2006. Centro de Investigaciones Históricas de América Central, UCR. Consultado en <http://revistahistoria.historia.ucr.ac.cr/Numeros%20Anteriores/53-54/08-ARIAS.pdf> el 17.03.14.

Azofeifa Pereira, L. (2008). **Propuesta de un programa de salud mental para el personal de enfermería del Hospital Nacional Psiquiátrico**. Tesis para optar por el grado de Master en Gerencia de Salud, ICAP. Consultada en http://biblioteca.icap.ac.cr/BLIVI/TESIS/2008/Azofeifa_Pereira_Lucila_2008_SA.pdf el 05.01.14.

Blanco Odio, Alfredo. **Reseña histórica de la medicina en Costa Rica desde la conquista hasta el siglo XXI**. Consultado en <http://cimm.ucr.ac.cr/aruiz/libros/historia%20de%20la%20ciencia/Articulos/Resena%20Historica%20de%20la%20medicina%20en%20Costa%20Rica%20desde%20la%20conquista%20hasta%20el%20siglo%20XIX.pdf> el 15.03.14

Brenes Antonini, O (s.f.). **Reseña histórica de la psiquiatría en Costa Rica**. Consultado en <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/oliva.pdf> en fecha 31.01.14.

Chiarugi Vs Pinel. **La carta abierta de Carlo Livi a Brière de Boismont** en <http://www.revistaaen.es/index.php/frenia/article/download/16412/16258>

Curé Vergara, E. (2003). **Hospitalización involuntaria de pacientes con trastorno mental**. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Derecho. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá. Consultada en <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/derecho/dere5/TESIS55.pdf> el 02.02.14.

D'Alolio, Liliana (2005). **El discurso literario costarricense sobre enfermedad y locura femenina (1890-1914)**. Consultado en <http://www.redalyc.org/pdf/439/43926968017.pdf> el 14.03.14.

Lees, A. (2002). **Cities, sin, and social reform un imperial Germany**. Consultado en :

http://books.google.co.cr/books?id=_6XHD0t7Z3sC&pg=PA151&lpg=PA151&dq=lombroso+y+kraepelin&source=bl&ots=OzekTChFAa&sig=MnIPf04xfgNHKLqmd5JkV0Rog

[xQ&hl=en&sa=X&ei=d0s_Ub3BHpTW9QsAs4H4Aw#v=onepage&q=lombroso%20y%20kraepelin&f=false](http://www.historia.fcs.ucr.ac.cr/articulos/curander.htm) 14.01.14

Marín Hernández, J. (s.f). **De curanderos a médicos. Una aproximación a la historia social de la medicina en Costa Rica:1800-1949.** Consultado en <http://www.historia.fcs.ucr.ac.cr/articulos/curander.htm> el 05.03.14

OMS (2009). Resumen de Informe Mundial Sobre Discapacidad. Consultado en http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf?ua=1 el 03.02.14.

Organización Panamericana de Salud; Ministerio de Salud (2004). **Situación actual de la Salud Mental en Costa Rica.** OPS. San José, Costa Rica. Consultado en <http://www.bvs.sa.cr/php/situacion/mental.pdf> el 15.02.14

Percellar Giménez, E. (2000). El procedimiento de internamiento por razón de trastorno psíquico. Consultado en <http://noticias.juridicas.com/articulos/65-Derecho-Procesal-Penal/200002-internamiento.html> el 19.02.14.

Peset, J. (2003). **La revolución hipocrática de Philippe Pinel.** En revista en línea Asclepio, volumen 55, número 1. Páginas 263-280 Consultado en <http://asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/view/97/101> el 15.01.14

Peters, U. (2001). **Un siglo de psiquiatría alemana** Revista Persona, núm. 4, pp. 11-52 Universidad de Lima. Lima, Perú. pág.16. Consultada en: <http://www.redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=147118178001> el 29.01.14.

PHO. Textos en español, consultado en : http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=197&Itemid=259 el 05.01.14

Plan estratégico 2008-2012, HNP. Consultado en <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/2008-2010.pdf> el 15.03.14.

Principios para la Para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la atención de la Salud Mental Consultado en <https://www.cidh.oas.org/PRIVADAS/principiosproteccionmental.htm> el 04.01.14.

Ramírez, D. (2009). **Rehabilitación Psicosocial del Hospital Nacional Psiquiátrico en usuarios y usuarias que tienen seguimiento en la consulta externa del Hospital diurno.** Tesis de grado en especialidad de psiquiatría. Universidad de Costa Rica. Consultada en <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/tesis4.pdf> el 20.01.14

Sánchez González, M. (1996) **El consentimiento informado: un derecho del enfermo y una forma distinta de tomar decisiones.** Consultado en <http://www.colmed2.org.ar/images/code02.pdf> Consultado el 05.01.14

Rodríguez, J. (2007). **La atención de Salud Mental en América Latina y el Caribe. Revista Psiquiátrica de Uruguay. Edición 27.** Consultado el 20 de febrero de 2014, en http://www.mednet.org.uy/~spu/revista/dic2007/04_asm.pdf

Rodríguez Jiménez, M., (s.f.). **Reseña Histórica del Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres,** Consultada en <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/rhistoricaahnp.pdf> el 28.02.14.

Shorter, E. (2007). "The historical development of mental health services in Europe", en **Mental health policy and practice across Europe. The future direction of mental health care.** pp 15-33. Consultado en http://books.google.es/books?id=KnuP8OwJbMC&printsec=frontcover&dq=the+historical+development+of+mental+health+services+in+Europe&source=bl&ots=7S_LuB-V1P&sig=ayWeltbsh6NKg_BtdfrPX4wM2Dg&hl=es&sa=X&ei=C2FHUJfMHs34sgbB5oDoBg&sqi=2&ved=0CC4Q6AEwAA#v=onepage&q=the%20historical%20development%20of%20mental%20health%20services%20in%20Europe&f=false el 15.01.14

Torpé, H. (s.f.). **Locura e inquisición en la España del siglo XVII.** Consultado en [http://antigua.ome-aen.org/norte/36/10.%20Historia%20\(3\)%20Norte36.pdf](http://antigua.ome-aen.org/norte/36/10.%20Historia%20(3)%20Norte36.pdf) El 05.01.14

Torruco Salcedo, M. (2002). **Psiquiatría Nazi.** Artículo electrónico disponible en http://www.publicaciones.ujat.mx/publicaciones/horizonte_sanitario/ediciones/sep_dic2002/hsv1n1_psiquiatria_nazi.pdf consultado el 26.01.14.

Anexos

Anexo 1. Cuestionario propuesto para expacientes que hayan vivenciado una o varias hospitalizaciones involuntarias (o para sus familiares allegados).

1. ¿Para ti qué significa o cómo definirías enfermedad mental?
2. ¿Te reconoces como enferma, o que tienes una enfermedad de carácter mental?
¿Desde cuándo?

3. Como consecuencia de dicha de enfermedad mental, ¿has recibido tratamientos y de qué tipo (farmacológicos, mecánicos, etc.)?
4. ¿Durante el tiempo de internamiento en el hospital, cómo describirías el trato recibido, tanto del personal de enfermería, como el personal administrativo y médico?
5. ¿Cómo describirías el clima social interior de ese hospital?
6. ¿Has conocido situaciones de violencia o las has padecido?
7. De acuerdo a tu criterio, ¿sientes que han sido respetados o en algún momento han sido violados tus derechos fundamentales? ¿Cuáles?
8. ¿Has vivido situaciones de indefensión? (Pasar a la pregunta 10 en caso negativo)
9. ¿Sentiste que tenías posibilidad de acudir ante alguna autoridad ante el irrespeto de tus derechos?
10. ¿Cómo piensas o crees que ha repercutido el internamiento en el hospital en tu ámbito familiar?

Anexo 2. Boleta de Consentimiento informado utilizada en el HNP.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO

(nombre completo) _____ (tipo y número de identificación) _____

El suscrito, _____
en mi condición de paciente, padre o madre, tutor, apoderado legal de _____,
doy mi consentimiento para que se practique(n) el(los) procedimiento(s) que a continuación se detalla(n): _____

Para lo cual dejo constancia de que:

- Recibí **CONSEJERIA** por parte de personal calificado, en la que se me proporcionó información sencilla y comprensible respecto de los beneficios y riesgos asociados a tal(es) procedimiento(s).
- Se me ha leído todo este documento.
- Libero de toda responsabilidad al personal médico tratante y a la Caja Costarricense de Seguro Social, bajo el entendido de que se practica con apego al buen ejercicio de la medicina.

Firma o huella digital de la persona que solicita	Cédula	Fecha
---	--------	-------

Si el paciente al que se le va a realizar el procedimiento quirúrgico no pudiese firmar, deberá imprimir su huella digital y aportar dos testigos(as) que no trabajen para la CCSS, que hablen su mismo idioma y quienes deben firmar la siguiente declaración:

Nosotros(as) los(as) abajo firmantes, damos fe de que quien otorga este Consentimiento Informado ha impreso su huella digital en señal de aceptación de lo anteriormente indicado, en nuestra presencia.

Nombre completo del testigo 1	Cédula	Firma	Fecha
-------------------------------	--------	-------	-------

Nombre completo del testigo 2	Cédula	Firma	Fecha
-------------------------------	--------	-------	-------

Si se requiriese practicar otros procedimientos no contemplados en este consentimiento, se deberán de utilizar formularios adicionales e incorporarlos al Expediente de Salud.

Anexo 3. Boleta de salida exigida en caso de que se desee retirar a un paciente contra el criterio médico.

Responsable del menor al ingreso:

(nombre completo) _____ (tipo y número de identificación) _____

El suscrito, _____

en mi condición de responsable del menor identificado en el anverso de este formulario, me doy por enterado de que el Código de Familia, en su Capítulo 1, Artículo 131 establece que: "Cuando sea necesario una hospitalización o intervención quirúrgica, decisivos e indispensables para guardar la salud o la vida del menor, queda autorizada la decisión facultativa pertinente en aún contra el criterio de los padres".

Salida exigida:

(nombre completo) _____ (tipo y número de identificación) _____

Firma y cédula

El suscrito, _____

dejo constancia de que he solicitado mi salida exigida del servicio _____ aún contra el criterio de los profesionales encargados de mi atención y las advertencias sobre las consecuencias que esta decisión podrían acarrear. Por tal razón, exoneró de toda responsabilidad al personal médico y de enfermería responsable de mi atención, al establecimiento de salud y a la C.C.S.S. por los eventuales riesgos que pudiese sufrir y que me han sido advertidos. Asumo plena responsabilidad por este acto.

Nombre, firma e identificación del paciente _____ Nombre, firma e identificación del testigo _____

Retiro de menores:

Deberá efectuarse únicamente los padres en ejercicio de la patria potestad o quien ostente la representación legal del menor (tutor, curador, depositario en su caso) debiendo demostrar tal condición.

(nombre completo) _____ (tipo y número de identificación) _____

El suscrito, _____

en mi condición de padre o madre, tutor, apoderado legal del menor _____

dejo constancia de retiro del menor del servicio de: _____

_____ donde se encontraba internado.

Nombre, firma e identificación del paciente _____ Nombre, firma e identificación del testigo _____

001 4 938 688 LL, S.A. 97107-20.000-00-01.000