

**INICIATIVA QUE DISPONE APROBAR
LEY PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD MENTAL**

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I. Contexto general. Condiciones de salud mental y de uso de sustancias en países de bajos y medianos recursos

Las condiciones de salud mental y por uso de sustancias son un importante reto de salud pública a nivel mundial. Las condiciones de salud mental y el uso de sustancias son la principal causa de discapacidad y representan una importante deuda de salud pública a nivel mundial (Ferrari, 2019; Whiteford 2013). Antes de la pandemia por COVID-19, las condiciones de salud mental y el uso de sustancias ya eran una de las 10 principales causas de la carga total de enfermedad, un indicador que representa la pérdida de salud plena de una población debido a mortalidad prematura o discapacidad (Ferrari 2019).

Según el estudio de la Carga Global de la Enfermedad (*Global Burden of Disease*, GBD), 15 % de los años perdidos por discapacidad o muerte prematura se deben a condiciones de salud mental o al uso de sustancias. Aunque hay un subregistro de las condiciones de salud mental y el uso de sustancias (Vigo 2016), se estima que estas contribuyeron a una carga de enfermedad mayor que el VIH/SIDA, la tuberculosis y los accidentes en 2010 (Murray, 2010); las condiciones que contribuyen en mayor medida son la depresión, la ansiedad, la esquizofrenia, el uso de sustancias y los desórdenes bipolares (Murray, 2010). Dicha carga de enfermedad ha aumentado constantemente a nivel mundial, pasando de la 13va hasta la 7ma causa entre 1990 y 2019 (Ferrari 2019).

También se calcula que durante la pandemia por COVID-19, la prevalencia de depresión y ansiedad aumentó hasta un 27.6 % a nivel global. Las consecuencias de las condiciones de salud mental y de uso de sustancias continuarán aumentando en las próximas décadas, especialmente en países de bajos y medianos recursos, como Guatemala, debido al crecimiento poblacional y a la limitada respuesta por parte de los sistemas de salud (Ferrari, 2019; Whiteford 2013).

Las condiciones de salud mental y de uso de sustancias tienen un impacto significativo en la salud, la vida social y económica de quienes las padecen, sus familias y sus comunidades. Las personas que viven con condiciones de salud mental y de uso de sustancias están desproporcionadamente afectadas por varios tipos de discapacidades, mortalidad prematura, exclusión social y pobreza (Suser, 2015), además de encontrarse propensas a experimentar estigmatización, discriminación y sufrir violaciones de derechos económicos, sociales y culturales (OMS, 2021; Drew, 2011; Gronholm, 2024). Estas condiciones aumentan el riesgo y la severidad de otras enfermedades crónicas, como diabetes mellitus, cáncer y VIH/SIDA, las cuales, a su vez, aumentan el riesgo de padecer condiciones de salud mental (OMS, 2021).

La OMS (2021) ha establecido que hay una relación bidireccional entre la pobreza y las condiciones de salud mental y el uso de sustancias psicoactivas. Quienes viven en el nivel de ingresos más bajo tienen de 1.5 a 3 veces más probabilidades de experimentar depresión y ansiedad debido a una mayor exposición al estrés crónico, a trauma, a violencia y a la delincuencia, entre otros, que el resto de la población (Ridley, 2020). Estas condiciones, a su vez, afectan negativamente la economía de las personas al impactar la cognición y el comportamiento, lo que conduce a gastos de salud catastróficos y obstaculiza la educación y la obtención de empleo (ibid.).

II. Descripción del problema: respuesta limitada del Estado ante la urgente necesidad de atender la salud mental en Guatemala

La mayoría de las personas que viven con una condición de salud mental o de uso de sustancias no son identificadas, atendidas o se recuperan, especialmente en países de ingresos bajos y medianos, como Guatemala. La alta carga de enfermedad debido a las condiciones de salud mental y de uso de sustancias se debe, en parte, a la brecha de atención a la salud mental, es decir, el porcentaje de personas que requieren servicios de salud mental pero no los reciben (Kohn, 2004; Wang, 2023). Un estudio estimó esta brecha en Latinoamérica e identificó que la región centroamericana y México presentaron una brecha de 78.7 %, la más alta del continente (Kohn, 2018); se estima que esta brecha oscila entre 32 % y 78 % en el mundo (Kohn, 2004). El reducido porcentaje que recibe atención en salud mental puede experimentar graves violaciones de derechos humanos dentro de hospitales psiquiátricos, la institucionalización psiquiátrica en aislamiento de la comunidad por largos períodos de tiempo y baja calidad en la atención de salud mental (Drew, 2011; Gronholm, 2024).

En países de ingresos bajos y medianos, como Guatemala, esta brecha de atención es especialmente alta y se estima que es mayor a 90 %, (Wang, 2023), lo que significa que menos de 10 % de las personas con condiciones de salud mental y uso de sustancias reciben la atención que necesitan. Otras investigaciones y datos sobre la salud mental de la población guatemalteca son extremadamente limitados. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), aquellas constituyen solamente 5.6 % de la producción científica total de salud (OMS, 2017). Sin embargo, las investigaciones realizadas hasta la fecha sugieren una carga de enfermedad significativa y una brecha de atención amplia para la salud mental de la población, como se detalla a continuación.

Las condiciones de salud mental y el uso de sustancias afectan a un porcentaje importante de la población guatemalteca. En Guatemala se ha realizado una única Encuesta Nacional de Salud Mental representativa de la población (n=1452), que permitió estimar la prevalencia y ciertos factores de riesgo para condiciones de salud mental en 2009 (Encuesta Nacional de Salud Mental, 2009). Esta encuesta encontró que 27.8 % de la población había experimentado al menos una condición de salud mental y de uso de sustancias a lo largo de su vida (prevalencia de vida), mayor a las estimaciones sobre la prevalencia de dichas condiciones (ibid.). Las condiciones específicas más comunes fueron los ‘trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos (20.2 %), como el trastorno de estrés postraumático; los trastornos mentales debido al consumo de sustancias psicotrópicas (7.8 %), como el abuso y dependencia del alcohol; los trastornos afectivos (8 %), como el trastorno depresivo y el trastorno bipolar; seguidos de los trastornos psicóticos no afectivos (2.2 %), como la esquizofrenia (Encuesta Nacional de Salud Mental, 2009).

La Encuesta Nacional de Discapacidad (ENDIS, 2016) encontró que la prevalencia puntual de depresión (proporción de la población que reportó depresión al momento de la encuesta) fue de 11.8 % en mujeres y 5.9 % en hombres en una muestra representativa de la población (Company-Córdoba, 2020). Un análisis secundario de la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2009 encontró que la población indígena y los individuos previamente expuestos a violencia por el Conflicto Armado Interno presentaron mayor riesgo de enfermedades mentales que la población no indígena y los no expuestos a violencia (Puac Polanco, 2015).

Los recursos y los servicios para atender las condiciones de salud mental y de uso de sustancias de la población guatemalteca son limitados e inadecuados. Según la Encuesta Nacional de Salud Mental, solo 2.3 % de las personas con condiciones de salud

mental o de uso de sustancias recibió atención para la salud mental. Por esta razón, la OMS ha resaltado la urgente necesidad de aumentar el acceso y la calidad de la atención en salud mental en Guatemala. Según el Atlas de Salud Mental, hay actualmente 0.2 psiquiatras, 1.56 psicólogos y 2.20 camas para salud mental por cada 100,000 habitantes, lo cual es insuficiente según estándares internacionales de la OMS (OMS, 2020; OMS 2017). La mayoría de dichos profesionales y servicios de salud mental están ubicados en las áreas metropolitanas (OMS, 2020).

Solamente 2 % del presupuesto nacional de salud pública se dedica a la atención de salud mental (OMS, 2020) y la mayoría de dicho presupuesto se dedica a financiar servicios hospitalarios basados en institucionalización psiquiátrica, una práctica que ha sido fuertemente criticada por no favorecer la recuperación de las personas y no respetar los derechos humanos de quienes viven con condiciones de salud mental, particularmente severas, como la esquizofrenia. Estudios recientes han mostrado que los servicios de salud mental dentro de la atención primaria y comunitaria de Guatemala son limitados. Por ejemplo, menos de 1 % de las consultas del sistema de atención primaria en Sololá, documentadas de 2018-2022, correspondieron a condiciones de salud mental y de uso de sustancias psicoactivas (SIGSA, 2023).

Otros estudios realizados en áreas rurales de Guatemala (Chimaltenango, San Marcos, Sololá) han mostrado que la capacitación en salud mental de proveedores de atención primaria es escasa y la disponibilidad de recursos necesarios para proveer medicamentos psicotrópicos es inexistente o limitada (Paniagua-Avila 2023; Asturias 2019).

III. Contenido de la iniciativa

La presente iniciativa de ley se compone de 36 artículos y los siguientes apartados:

- Considerandos
- Capítulo I. Disposiciones generales
- Capítulo II. Ente rector y atribuciones
- Capítulo III. Atención integral a la salud mental a través de la red de servicios de salud
- Capítulo IV. Internaciones voluntarias e involuntarias y tratamientos
- Capítulo V. Formación e investigación en salud mental
- Capítulo VI. Financiamiento y adquisiciones
- Capítulo VII. Reformas a la Ley de régimen penitenciario
- Capítulo VIII. Disposiciones finales

CONSIDERANDO:

La salud mental como parte integral de la salud de las personas, y que la Constitución Política de la República, en su artículo 95, establece la salud como un bien público, y por tanto todas las personas e instituciones están obligadas a velar por su conservación y restablecimiento;

CONSIDERANDO:

Que el Código de salud, Decreto 90-97, establece como rector en materia de salud al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y que define como sus funciones las de prevención de la enfermedad, promoción de la salud, recuperación, rehabilitación, acceso integral y otras medidas complementarias para garantizar el bienestar físico, mental,

social e integral de la persona y, por tanto, busca garantizar la igualdad de condiciones para el acceso a la salud;

CONSIDERANDO:

Que los retos y las problemáticas sociales, entre ellos la poca inversión y por consiguiente el limitado acceso a servicios de prevención para el cuidado de la salud mental, son problemas públicos por su impacto en la sociedad y en el desarrollo del individuo dentro de aquella, puesto que la salud mental depende de las relaciones humanas y la ausencia de estas;

CONSIDERANDO:

Que en Guatemala debe ser prioridad el cierre y la prohibición total de los hospitales tipo manicomios, públicos como privados; la creación de rutas para la desinstitutionalización de aquellas personas que se encuentran aisladas en estos centros y su gradual reincorporación en la sociedad, en sus vidas familiares y en los centros que se creen para su tratamiento y rehabilitación; y la prohibición del abuso en los tratamientos centrados en la prescripción de psicofármacos, cuya finalidad sea aislar a las personas de la vida social por concepciones sobre las formas de tratar los problemas de salud mental;

CONSIDERANDO:

La urgente necesidad de desestigmatizar las condiciones de salud mental y la discapacidad intelectual, para permitir a las personas hablar abiertamente sobre sus padecimientos, sin temor a ser discriminadas, a perder sus empleos y a ser apartadas de la sociedad;

CONSIDERANDO:

Que es de interés nacional garantizar la atención integral a la salud mental y a la discapacidad intelectual, a través de un marco jurídico y el establecimiento de un modelo de atención que responda a las necesidades de la población, desde el nivel local;

CONSIDERANDO:

Que corresponde al Congreso de la Republica de Guatemala legislar también en materia de salud, con la finalidad de que todas las personas puedan acceder y ejercer el derecho a la salud mental, y que el Estado pueda garantizar la salud de las personas sin ninguna discriminación étnica, social, económica o de cualquier otra índole;

POR TANTO:

En ejercicio de las atribuciones que le confiere el artículo 171, literal a), de la Constitución Política de la República de Guatemala,

DECRETA:

La siguiente:

LEY PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD MENTAL

CAPÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1. Objeto de la ley. Establecer el marco jurídico y el modelo de atención rector en materia de salud mental para la prevención, la promoción, la atención, la recuperación y la rehabilitación. La normativa también considerará a las familias y a las personas encargadas de los cuidados.

Artículo 2. Ámbito de aplicación. La presente ley es de cumplimiento obligatorio en todo el territorio nacional y para todas las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud, así como para organizaciones sin fines de lucro o privadas, que reciben fondos o no del Estado, y tengan por objeto la prestación de servicios de salud mental.

Artículo 3. Finalidad. Priorizar la prevención de las condiciones de salud mental y la discapacidad intelectual, así como su promoción, atención, recuperación y rehabilitación, priorizando el plano familiar y las intervenciones desde lo comunitario, con pertinencia cultural y cuya efectividad haya sido probada.

Artículo 4. Promoción y prevención de las condiciones de salud mental. El Estado de Guatemala deberá priorizar la promoción y la prevención de las condiciones de salud mental y de la discapacidad intelectual, sobre todo aquellas condiciones ocasionadas por el consumo perjudicial de sustancias.

Estas acciones se deberán realizar bajo el modelo de atención comunitaria, el respeto de los derechos humanos y la dignidad de la persona, con abordaje intercultural y con especial atención en la lucha contra la estigmatización y la exclusión social de las personas con condiciones de salud mental o con discapacidad intelectual.

Artículo 5. Principios. La presente ley se rige por los principios de:

- a) **Universalidad:** garantía de que la cobertura de los servicios, en especial los de salud mental, sea de acceso a todas las personas y comunidades sin discriminación de ningún tipo y sin sufrir dificultades financieras.
- b) **Dignidad humana:** respeto que en todo momento los profesionales de los diferentes servicios deben dar a la dignidad inherente, la autonomía individual, incluidas la libertad de tomar decisiones propias y la independencia de las personas.
- c) **No discriminación:** garantía de igualdad de trato entre los individuos, sean o no de una misma comunidad o región. Vela por la igualdad del derecho a participar sobre bases iguales en cualquier área de la vida económica, social, política, cultural o civil y la dignidad de todas las personas.
- d) **Equidad:** ausencia de diferencias evitables, injustas o remediabiles, entre grupos de personas debido a sus circunstancias sociales, económicas, demográficas o geográficas.
- e) **Enfoque diferencial:** reconocimiento de las características particulares de las diversas poblaciones, de sus diferencias y necesidades, para brindarles protección y garantía a sus derechos a través de los espacios institucionales y en las comunidades.

- f) **Inclusión:** entender la relación entre la manera en que las personas funcionan y cómo participan en la sociedad, garantizando que todas tengan las mismas oportunidades de participar en todos los aspectos de la vida al máximo de sus capacidades y deseos.
- g) **Gratuidad:** los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención. Comprenderán los procedimientos de prevención y promoción, diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios. Se priorizará a los sectores vulnerables de la población.
- h) **Pertinencia cultural:** adecuación de las intervenciones en salud, a través de la complementación, la articulación y el fortalecimiento de los diferentes marcos conceptuales y las prácticas en salud mental a nivel individual, familiar y comunitario.
- i) **Interdisciplinariedad:** participación de distintos profesionales y especialistas para la prevención, la promoción, el diagnóstico, la atención y la rehabilitación en salud mental.
- j) **Voluntariedad:** implica que el usuario o paciente no sea presionado por ningún motivo para acceder a requisitos para su tratamiento o rehabilitación.
- k) **Descentralización:** delegar competencias de atención a niveles departamentales, municipales y comunitarios, con el objetivo de incrementar el alcance de atención integral en los diversos departamentos del país, incluyendo las áreas lejanas a los cascos urbanos.
- l) **Coordinación interinstitucional:** como ente rector, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) deberá articular y coordinar las acciones, políticas, programas y servicios con las instituciones, públicas y privadas, corresponsables de responder en la atención integral de la salud mental.

Artículo 5. Definiciones. Para efectos de la ley, se entiende por:

- a) **Salud:** producto social resultante de la interacción entre el nivel de desarrollo del país, las condiciones de vida personales y la participación social, a nivel individual y colectivo. Es también un derecho de todas las personas que habitan el país.
- b) **Salud mental:** estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, supera las tensiones normales de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera para sí y su comunidad. La consecución de ese estado implica un proceso de vida que se ve influenciado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos, psicológicos y espirituales; no es solo la ausencia de malestar psicológico, de condiciones de salud mental o de discapacidad intelectual.
- c) **Sistema de salud mental:** todas aquellas actividades cuyos fines principales son promover, restaurar o mantener la salud mental, e incluye a todas las organizaciones y recursos orientados a lograr esos objetivos.
- d) **Promoción y prevención:** las intervenciones de promoción y prevención se centran en identificar los determinantes individuales, sociales y estructurales de la salud mental, para luego intervenir, a fin de reducir los riesgos, aumentar la resiliencia y crear entornos favorables para la salud mental. Pueden ir dirigidas a individuos, grupos específicos o poblaciones enteras.
- e) **Atención orientada a la recuperación (o recuperación a secas):** todas las intervenciones realizadas para apoyar los esfuerzos de recuperación de la persona a

largo plazo. Requiere que las personas en recuperación se impliquen en todos los aspectos y fases del proceso de la atención.

- f) **Rehabilitación:** proceso de duración limitada y con un objetivo definido, que puede constar de intervenciones médicas, sociales, educativas, entre otras, cuyo objetivo sea facilitar que una persona alcance un nivel que le proporcione una mejor integración social o tratar alguna condiciones de salud mental.
- g) **Personas con condiciones de salud mental:** para evitar la estigmatización de las personas con padecimientos de salud mental, se entenderá en esta ley por personas con condiciones de salud mental a aquellas que hayan sido o sean diagnosticadas, así como a las no diagnosticadas, con trastornos o enfermedades mentales o con discapacidad psicosocial. Únicamente como referencia, se entiende por:
 - i) **Trastorno psicológico:** serie de manifestaciones y experiencias de la vida interna, en relación a la cotidianidad, de una persona o grupo de personas, las cuales son percibidas como preocupantes, confusas o fuera de lo común. Puede presentar interferencia en el funcionamiento personal y social de tipo transitorio. Esta definición no implica necesariamente un trastorno mental.
 - ii) **Discapacidad psicosocial:** limitaciones psíquicas o de comportamiento derivadas de factores biológicos, psicológicos y sociales que no le permiten a la persona, en múltiples ocasiones, comprender total o parcialmente los alcances de sus actos. Puede presentar dificultad para ejecutar acciones o tareas y para participar en situaciones vitales. Puede presentarse de manera transitoria o permanente, la cual debe ser definida bajo criterios clínicos de equipo interdisciplinario.
- h) **Discapacidad intelectual:** limitación significativa, congénita o adquirida, de la capacidad de pensar, razonar, comprender y de adaptación que afecta las habilidades conceptuales, sociales y prácticas, en relación a los niveles de funcionamiento esperados de una persona para su ambiente social y edad cronológica. Puede presentarse en diferentes niveles que deberán ser determinados por evaluación profesional. Se diferencia de la discapacidad psicosocial en su origen y efecto sobre la función cognoscitiva y su funcionalidad.
- i) **Institucionalización:** proceso mediante el cual un servicio de salud mental retiene indefinidamente a sus usuarios, deteriorando y distorsionando los usos normativos de convivencia básicos de un servicio de salud mental. Obstaculiza la interacción social con el exterior, debilita progresivamente los lazos del paciente con su familia o redes sociales naturales y supone una falta de estimulación que deteriora el proceso de comunicación.
- j) **Proceso de desinstitucionalización:** acciones por medio de las cuales se reconocen los derechos de las personas que han sufrido las consecuencias de la institucionalización; se procura la reinserción social y laboral por medio de un proceso de rehabilitación psicosocial, el cual comprende el egreso de los servicios de salud, el seguimiento y la atención en los servicios basados en la comunidad.
- k) **Usuario:** toda persona que recibe atención en salud mental, de acuerdo a lo que establece la presente ley.
- l) **Servicio de salud mental:** todos los servicios de salud, públicos y privados, que tienen como finalidad la prevención y promoción de la salud mental, así como la atención, el tratamiento y la rehabilitación de las condiciones de salud mental.
- m) **Condición por consumo de sustancias:** es un padecimiento que se define como el uso problemático de una sustancia psicoactiva, como alcohol, drogas o

medicamentos recetados. El individuo consume intensamente y a pesar de las consecuencias dañinas, lo que afecta sus capacidades.

- n) **Consentimiento informado:** el obtenido libremente, sin amenazas ni persuasión indebida, después de proporcionar al usuario información adecuada y comprensible, en una forma y en un lenguaje que entienda, acerca de la finalidad y la naturaleza de la intervención que se le realizará, así como sobre sus riesgos y consecuencias y alternativas posibles. La información debe proveerse con pertinencia cultural y lingüística. El consentimiento libre e informado deberá documentarse fidedignamente.
- o) **Determinantes de la salud:** factores que mejoran o amenazan el estado de salud de un individuo o una comunidad. Pueden ser asuntos de opción individual o pueden estar relacionados con características sociales, económicas y ambientales que escapan al control de los individuos.
- p) **Intervención en salud mental:** toda acción, incluidas las de la medicina y profesiones relacionadas, psicología, enfermería, terapia ocupacional, trabajo social y otras según corresponda, que tengan por objeto potenciar los recursos propios de la persona para su autocuidado y favorecer factores protectores para mejorar la calidad de vida de la persona, la familia y la comunidad. Incluye las acciones de carácter promocional, preventivo, terapéutico, de rehabilitación y reinserción social en beneficio de la salud mental individual y colectiva, con enfoque multidisciplinario.
- q) **Modelo de atención comunitaria:** modelo de atención de la salud mental centrado en la comunidad, que promueve la promoción y protección de la salud mental, así como la continuidad de cuidados de las personas, familias y colectividades con condiciones de salud mental o con discapacidad intelectual, en cada territorio.

Artículo 6. Derechos y libertades fundamentales de los usuarios de los servicios de salud mental.

- a) Al acceso a la salud mental como derecho humano
- b) A recibir atención integral y oportuna en salud mental
- c) A no ser discriminado
- d) A recibir tratamiento digno
- e) A recibir medicación correspondiente con fines terapéuticos, cuando sea necesario, y como última ratio, dependiendo del caso.
- f) A la protección contra la explotación y el maltrato
- g) A la integración en la comunidad
- h) A no ser objeto de tratamientos experimentales
- i) A la atención periódica
- j) A la educación
- k) Al trabajo
- l) A la confidencialidad
- m) Al consentimiento informado

CAPÍTULO II

ENTE RECTOR Y ATRIBUCIONES

Establece al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) como el ente rector y desarrolla sus atribuciones según la ley. Como rector, se establece que el MSPAS formulará, implementará, monitoreará, supervisará y evaluará las guías, políticas y toda la normativa relativa a salud mental, así como los programas que se desarrollen en la materia.

Artículo 7. Ente rector. El Estado debe garantizar y promover la atención integral de la salud mental de todas las personas a través del sistema nacional de salud y sus diferentes servicios, sean públicos o privados. El MSPAS será el rector en la materia y deberá establecer la institucionalidad necesaria para la prevención, la promoción, la atención, la recuperación y la rehabilitación de la salud mental. El Ministerio deberá priorizar el desarrollo de programas multi y pluriculturales a nivel comunitario.

Artículo 8. Atribuciones del ente rector. Son atribuciones mínimas, para el cumplimiento de la presente ley, del MSPAS:

- a) Establecer las disposiciones para implementar una política pública de salud mental orientada a la prevención, promoción, atención, recuperación y rehabilitación con un enfoque familiar, comunitario y multicultural, acorde a las necesidades locales.
- b) Elaborar los planes, las estrategias, los lineamientos y las acciones para la sensibilización y la comunicación para promover la salud mental, la prevención de las condiciones, su detección temprana, el tratamiento oportuno y para coordinar con las instituciones correspondientes para su debida divulgación.
- c) Diseñar, ejecutar y evaluar las políticas públicas adecuadas a los principios de la presente ley.
- d) Definir los protocolos de atención y las guías mínimas de práctica clínica, así como de monitorear, supervisar y evaluar su aplicación y cumplimiento.
- e) Procurar la formación, la capacitación y la especialización continuas para los profesionales en salud y todo el personal requerido y apropiado para la atención integral en salud mental.
- f) Adecuar los servicios de salud, públicos y privados, a los principios establecidos en la presente ley y monitorear su cumplimiento.

Artículo 9. Prevención y promoción. El MSPAS, el Ministerio de educación (Mineduc), el Ministerio de trabajo y provisión social (Mintrab), la Secretaría de bienestar social, la Secretaría de obras sociales de la esposa del presidente, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) y cualquier otra institución que por su naturaleza se requiera, deberán integrar en sus programas y planes de trabajo acciones enfocadas en la prevención de condiciones de salud mental y la discapacidad intelectual y en la promoción de la salud mental. Se deberá priorizar la coordinación y el trabajo conjunto interinstitucional.

El Mintrab deberá velar por el estricto cumplimiento de las normativas referentes a la protección de todos los trabajadores para prevenir los trastornos de salud mental y psicológicos relacionados al trabajo.

El Mineduc, en conjunto con la institucionalidad creada por el MSPAS, deberá crear campañas de prevención y promoción enfocadas en niñez, adolescencia y juventudes. El MSPAS deberá asegurarse que estas sean presentadas en los diversos niveles de educación del país.

Artículo 10. Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias.

El Estado de Guatemala debe priorizar un abordaje temprano de las condiciones de salud mental y de discapacidad intelectual que puedan derivar de situaciones de desastres y emergencias, con el objetivo de prevenir condiciones más graves a mediano y largo plazo.

Es obligación del MSPAS crear un modelo de gestión para la respuesta en salud mental, considerando las fases y las etapas de un evento adverso. El abordaje deberá considerar las características diversas de los grupos poblacionales y se deberá trabajar haciendo partícipes a las familias y a las comunidades. En coordinación con prestadores de asistencia humanitaria gubernamentales y no gubernamentales, el MSPAS desarrollará todo lo relativo a la materia.

CAPÍTULO III

ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD MENTAL A TRAVÉS DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD

Artículo 11. Atención a través del sistema nacional de salud. El Estado debe garantizar y promover la atención de todas las personas a través del sistema nacional de salud en sus diferentes niveles. El MSPAS, como rector, deberá desarrollar servicios para la prevención, promoción, atención y rehabilitación en salud mental, en coordinación con otras instituciones. Se deberá priorizar el desarrollo de programas a nivel local y con pertinencia cultural.

Artículo 12. Servicios de salud mental. Estarán dentro del sistema integrado de salud, conformado por todos los establecimientos asistenciales y hospitalarios, públicos y privados, que brinden atención integral a las personas usuarias. Deberán abarcar desde el primer y segundo nivel de atención, con el fin de garantizar la cobertura universal. Las formas de prevención, promoción, atención y rehabilitación deberán definirse por medio de protocolos creados por el MSPAS y deberán tomar en cuenta las características de cada una de las poblaciones a nivel local.

Los servicios de salud mental deberán organizarse de forma integral con el resto de servicios de salud, con énfasis en la atención ambulatoria.

Artículo 13. Atención por los seguros de salud. Los seguros de salud, públicos y privados, no podrán excluir de sus planes la atención en salud mental de sus asegurados, incluyendo tratamientos ambulatorios, internamientos u hospitalizaciones, el acceso a medicamentos y a productos sanitarios adecuados y de calidad, con excepción de los seguros con póliza de naturaleza específica.

Artículo 14. Prohibición de crear instituciones con modalidad de custodia o asilar y reconversión del hospital psiquiátrico. Queda prohibida la creación de nuevas instituciones psiquiátricas, tanto públicas como privadas, con modalidad de custodia o asilar.

En el caso del Hospital Psiquiátrico Federico Mora, se le deberá reconvertir, pasando por un proceso de desinstitucionalización gradual de sus actuales pacientes. Este proceso deberá ser reglamentado por el MSPAS, mismo que deberá generar las condiciones para crear los servicios comunitarios de atención que acojan a los pacientes desinstitucionalizados, haciendo énfasis en programas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

Artículo 15. Implementación del modelo de atención comunitaria en salud mental. Este se deberá implementar a través de la creación de servicios asistenciales para la atención de la salud mental de la población, siempre dentro del sistema de servicios de salud. El MSPAS deberá desarrollar la institucionalidad, tomando como mínimo los siguientes servicios:

- a) **Servicios de salud sin internamiento**
 - i. Servicios de salud en el primer nivel de atención, no especializados, con servicios de atención para la salud mental.
 - ii. Centros de salud mental comunitarios.
- b) **Servicios de salud con internamiento**
 - i. Servicios de hospitalización para condiciones de salud mental o de discapacidad intelectual en hospitales generales.
 - ii. Servicios de hospitales de día para salud mental en hospitales generales.
 - iii. Módulos de atención para víctimas de maltrato infantil.
 - iv. Servicios especializados.

El MSPAS podrá crear otros que considere necesarios, según las necesidades de la población.

Artículo 16. Población prioritaria. En la promoción y prevención de condiciones de salud mental y de discapacidad intelectual, así como en su tratamiento y rehabilitación, los servicios de salud mental deberán priorizar las necesidades especiales de la población en situación de vulnerabilidad, tales como personas en situación de pobreza; víctimas de todo tipo de violencia, incluyendo víctimas del Conflicto Armado Interno; población indígena; poblaciones afectadas por desastres naturales; personas migrantes; mujeres, niñez, adolescentes y personas de la tercera edad.

CAPÍTULO IV

INTERNACIONES VOLUNTARIAS E INVOLUNTARIAS Y TRATAMIENTOS

Artículo 17. De la atención menos restrictiva. El proceso de atención debe realizarse como primera alternativa en un servicio de atención ambulatoria y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al fortalecimiento, restitución o promoción de los lazos sociales.

La atención de personas con condiciones de salud mental o con discapacidad intelectual en situación de crisis debe realizarse preferentemente en salas de urgencia, en hospitales públicos o privados, y, una vez dada el alta médica, la atención deber priorizarse fuera del ámbito hospitalario, en la red de servicios comunitarios.

Artículo 18. Internación. La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, por lo que deberá ser la última alternativa en los tratamientos de condiciones de salud mental o de discapacidad intelectual y cuando se establezca que aportará mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en el entorno familiar, comunitario o social. Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellas excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente.

Artículo 19. Criterios para la internación. Cuando se establezca como necesaria, posterior a una evaluación médica, la internación deberá cumplir con los siguientes criterios:

- a) Asegurar que la admisión en los servicios de salud mental, públicos o privados, que cuenten con internación, sean apropiados, seguros y con propósitos terapéuticos.
- b) Diferenciar en los registros del servicio de salud la admisión voluntaria de la involuntaria, según los principios éticos y legales.
- c) Distinguir la necesidad de internación con propósito terapéutico de otras necesidades que no requieren internación.
- d) Prohibir la internación por criterios no clínicos, tales como motivos sociales, políticos, económicos, raciales y religiosos, cuando se evalúa el potencial de causar daño a sí mismo o a otras personas.
- e) Asegurar que la evaluación de salud mental sea realizada de acuerdo a principios médicos y psicológicos, éticos, normativas nacionales y estándares internacionales y con base en instrumentos de diagnóstico aceptados por el MSPAS.
- f) Asegurar que la evaluación de la salud mental sea elaborada con propósitos directamente relacionados con las condiciones de salud mental, con la discapacidad intelectual o con las consecuencias de las mismas.
- g) Promover el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social; salvo el caso que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente.

Artículo 20. Requisitos para la internación. Toda internación debe cumplir con los siguientes requisitos dentro de las cuarenta y ocho (48) horas:

- a) Evaluación, diagnóstico interdisciplinario e integral y motivos que justifican la internación.
- b) Búsqueda de datos disponibles acerca de la identidad y el entorno familiar.
- c) Consentimiento informado de la persona o del representante legal cuando corresponda.

El consentimiento informado se considerará válido solo cuando se preste en estado de lucidez y con comprensión de la situación. Se considerará invalidado cuando la lucidez se pierda durante el transcurso de la internación, ya sea por el estado de salud de la persona o por efecto de los medicamentos o terapias aplicadas. En tal caso, deberá procederse como si se tratara de una internación involuntaria.

Artículo 21. Identificación de lazos familiares. En los casos en que la persona internada no estuviese acompañada por familiares o su identidad fuera desconocida, la institución que

realiza la internación está obligada a realizar las averiguaciones tendientes a conseguir datos de los familiares o lazos afectivos que la persona tuviera o indicara o a esclarecer su identidad.

El MSPAS deberá establecer las instituciones de las que se apoyará con el fin de esclarecer la identidad y de propiciar su retorno al marco familiar y comunitario lo antes posible. Se garantizará que estas averiguaciones se realicen sin costo alguno para el usuario o la institución que realizó la internación.

Artículo 22. Internación voluntaria. La persona internada en forma voluntaria podrá decidir por sí misma, en cualquier momento, su retiro de la institución, previa evaluación médica, comunicación y firma de los documentos pertinentes.

Artículo 23. Duración de la internación. La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios, y siempre considerando la situación de cada usuario. La evolución de este, como cada una de las intervenciones del equipo interdisciplinario tratante, debe registrarse a diario en la historia clínica, la cual servirá para tomar decisiones con base en evidencia.

Artículo 24. Prescripción de psicofármacos. La prescripción de psicofármacos a las personas con condiciones de salud mental o con discapacidad intelectual se administrará exclusivamente con fines terapéuticos, tras una evaluación de profesional pertinente, y solo responderá a criterios clínicos validados científicamente y de uso racional. La indicación y renovación de prescripción de medicamentos solo puede realizarse en presencia del usuario, tras las evaluaciones de los profesionales pertinentes y no de forma automática. Los tratamientos psicofarmacológicos deben ser realizados en el marco de abordajes interdisciplinarios y su uso debe ser racional y de última ratio en los casos que así pueda ser.

Artículo 25. Acceso a psicofármacos. Las personas con condiciones de salud mental o con discapacidad intelectual deben tener acceso a los psicofármacos esenciales que requieran, de acuerdo al tratamiento asignado, según su diagnóstico y previa prescripción médica. Los fármacos deben estar disponibles en los diferentes niveles del sistema de salud, incluyendo la atención primaria.

CAPÍTULO V

FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD MENTAL

Artículo 26. Formación técnica y profesional en salud mental. Las instituciones de formación técnica y profesional en salud y los programas de especialización deberán velar por la continua actualización de las mallas curriculares, los programas de estudio y demás sobre salud mental.

Artículo 27. Capacitaciones en salud mental. El personal técnico y profesional que labora en salud mental deberá recibir capacitaciones continuas en salud mental, así como actualizaciones sobre las mejores prácticas a nivel mundial o regional.

El MSPAS, a través de la institucionalidad creada para la materia, será el responsable de formular los programas de capacitación en salud mental para los profesionales que laboren en instituciones públicas y privadas, en coordinación con los ministerios, las secretarías,

universidades (pública y privadas) y demás institucionalidad que corresponda, con la finalidad de fortalecer las competencias y la profesionalización del talento humano del sector salud, tanto público como privado.

El MSPAS deberá crear los mecanismos para formar a aquellas personas que no son profesionales de la salud mental que, a nivel comunitario, puedan servir de apoyo para la salud mental de las poblaciones, siempre con un enfoque intercultural e interdisciplinario.

Artículo 28. Investigación en salud mental. El MSPAS, a través de la institucionalidad creada para la materia, será el responsable de gestionar y realizar programas y proyectos de investigación científica en materia de prevención, promoción, atención y rehabilitación de las condiciones de salud mental y de discapacidad intelectual. Para esto, podrá apoyarse de la Secretaría nacional de ciencia y tecnología y de los fondos con los que esta cuenta para realizar investigación, de otras instituciones públicas y privadas, de universidades y de la cooperación internacional.

El MSPAS deberá velar por la calidad de la investigación y el cumplimiento de los estándares éticos y profesionales.

Artículo 29. Sistema nacional de información. El MSPAS deberá establecer los mecanismos de reportería y monitoreo, tanto cualitativos como cuantitativos, de la información sobre salud mental en el país. La información deberá recabarse desde el nivel municipal, departamental y nacional.

El MSPAS establecerá la periodicidad de la actualización de la información y al responsable de su captación, análisis y publicación.

CAPÍTULO VI

FINANCIAMIENTO

Artículo 30. Financiamiento. El MSPAS será el encargado de solicitar presupuesto específico en materia de salud mental y discapacidad intelectual, basado en un ejercicio anual de cálculo según la necesidad de inversión para la prevención, la promoción, la atención y la rehabilitación, considerando las necesidades de la población a nivel comunitario, municipal, departamental y nacional.

CAPÍTULO VII

REFORMAS A LA LEY DEL RÉGIMEN PENITENCIARIO

Artículo 31. Construcción de centros especializados para privados de libertad. La Ley de régimen penitenciario deberá contemplar la creación de centros de atención, especialmente en salud mental, dentro de los centros de privación de libertad.

Artículo 32. Presupuesto para la atención integral en salud mental en centros de detención. La Ley de régimen penitenciario deberá establecer la obligatoriedad del Ministerio de Gobernación de asignar presupuesto específico para la atención integral de las personas con condiciones de salud mental y con discapacidad intelectual que se encuentren en conflicto con la ley, los sindicatos de delitos y los condenados.

El Ministerio de Gobernación deberá realizar un ejercicio anual para establecer el presupuesto por solicitar con base en la cantidad de personas privadas de libertad dentro de los centros de privación y según los diagnósticos con que cuenten.

CAPÍTULO VIII

DISPOSICIONES FINALES

Artículo 33. Política nacional sobre salud mental. El MSPAS deberá crear una política nacional sobre salud mental que establezca las especificaciones para la prevención, la promoción, la atención y la rehabilitación de la salud mental, las condiciones de salud mental y la discapacidad intelectual. Esta política deberá contener, como mínimo, capítulos específicos para el abordaje pediátrico, del adulto mayor y de otras poblaciones vulnerables.

Artículo 34. Censo nacional. El MSPAS deberá realizar un censo nacional en todos los centros que cuenten con servicios de internación en salud mental, tanto públicos como privados, para relevar la situación de las personas internadas, considerando datos personales, sexo, tiempo de internación, existencia o no de consentimiento informado, situación judicial, situación social y familiar, y otros datos que considere relevantes. Dicho censo deberá realizarse con la periodicidad que la autoridad considere, sin superar los cuatro años.

Artículo 35. Reglamento. El MSPAS deberá crear y presentar el reglamento de la presente ley en los seis meses siguientes de la entrada en vigencia del decreto aprobado.

Artículo 36. Vigencia. El presente decreto entra en vigor ochos días después de su publicación en el Diario oficial.