

CONGRESO DE LA REPÚBLICA
GUATEMALA, C. A.

DIRECCIÓN LEGISLATIVA
- CONTROL DE INICIATIVAS -

NÚMERO DE REGISTRO

6537

FECHA QUE CONOCIÓ EL PLENO:

INICIATIVA DE LEY PRESENTADA POR LOS REPRESENTANTES LAURA FABIOLA MARROQUÍN CORDÓN, SAMUEL ANDRÉS PÉREZ ALVAREZ, BRENDA MARLENY MEJÍA LÓPEZ, ANDREA BEATRIZ VILLAGRÁN ANTÓN, ROMÁN WILFREDO CASTELLANOS CAAL, JOSÉ CARLOS SANABRIA ARIAS, RAÚL AMÍLCAR BARRERA ROBLES, RONALD IVAN OCHAETA AGUILAR, MIRNA VICTORIA GODOY PALALA, BYRON ALESKY OBREGÓN CASTAÑEDA, IVANNA MARÍA LUJÁN PADILLA, ALMA LUZ GUERRERO DE LA CRUZ, LUIS ENRIQUE VENTURA URBINA, ANDREA MARÍA REYES ZECEÑA, MANFREDO DUVALIER CASTAÑÓN GONZÁLEZ, LUIS ANTONIO CÁCERES GAMARRO, OLGA ISABEL VILLALTA PEREIRA, MERCEDES DEL ROSARIO MONZÓN ESCOBEDO, RAÚL ARNULFO CUÁ TUMÍN Y RICARDO LEONEL MARTÍNEZ ALARCÓN.

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

TRÁMITE:



CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Guatemala, 12 de mayo de 2025
Ref. Of. LFM-215-2025

Licenciado Luis Eduardo Lopez Ramos
Encargado de Despacho
Dirección Legislativa
Congreso de la República

Licenciado Lopez:

Reciba atentos saludos, deseándole bienestar en sus actividades.



De conformidad con lo establecido en los artículos 171 de la Constitución Política de la República de Guatemala y 110 de la Ley Orgánica del Organismo Legislativo, Decreto número 63-94 del Congreso de la República, remito por este medio, en formato físico y digital, la iniciativa de ley que propone aprobar la "**LEY PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD MENTAL**", acompañada del expediente técnico y documental que respalda su formulación, el cual contiene los insumos recabados durante el proceso de análisis y consulta con expertos en la materia, profesionales de la salud, organizaciones de sociedad civil, representantes comunitarios, personas con experiencia vivida, cuidadores, entre otros.

Le agradezco que se realicen los trámites correspondientes, para que sea conocida por el Honorable Pleno del Congreso de la República.

Deferentemente,


LAURA FABIOLA MARROQUÍN CORDÓN
MOVIMIENTO SEMILLA
Diputada al Congreso de la República
Distrito Central





CONGRESO DE LA REPÚBLICA

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

HONORABLE PLENO

La presente iniciativa de ley surge como una respuesta urgente e impostergable ante la evidente necesidad de establecer un marco jurídico que garantice una atención integral, digna y basada en derechos humanos en materia de salud mental en Guatemala. En un país donde los trastornos mentales afectan de forma desproporcionada a poblaciones históricamente vulneradas, es indispensable que el Estado asuma un rol activo en la prevención, atención, rehabilitación e inclusión social de las personas con problemas de salud mental. Esta propuesta busca ordenar, fortalecer y articular las acciones públicas, bajo un enfoque comunitario e intersectorial, que promueva el bienestar mental de todas las personas, sin discriminación y con pleno respeto a su autonomía y dignidad.

I. Salud mental y problemas de salud mental según la Organización Mundial de la Salud (OMS)

Las determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales incluyen características individuales, como la capacidad para gestionar pensamientos, emociones, interacciones con los demás, y factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales, como las políticas nacionales, las condiciones laborales, entre otras.¹

La exposición a adversidades a edades tempranas es un factor de riesgo prevenible de los problemas de salud mental.² Dependiendo del contexto local, algunas personas y grupos sociales —miembros de familias que viven en la pobreza, niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato o abandono, adolescentes expuestos al abuso de sustancias, personas indígenas sometidas a discriminaciones y violaciones de derechos humanos, entre otras, pueden correr un riesgo mayor de sufrir problemas de salud mental.³

¹ Organización Mundial de la Salud. (2022). Determinantes de la salud mental. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/determinants-of-health>.

² Organización Mundial de la Salud. (2022). Mejorar la salud mental y cerebral de niños y adolescentes. <https://www.who.int/activities/improving-the-mental-and-brain-health-of-children-and-adolescents>

³ Organización Mundial de la Salud. (2022). Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos. OMS.



CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Las personas con discapacidad biopsicosocial, intelectual y cognitiva presentan tasas desproporcionadamente elevadas de discapacidad y mortalidad (OMS, 2022). Personas con depresión mayor o esquizofrenia tienen una probabilidad de muerte prematura 40-60 % mayor que la población general.⁴ Esto se debe a problemas de salud física que a menudo no se atienden, y, en casos extremos, al suicidio. A nivel mundial, el suicidio es la segunda causa más frecuente de muerte en las juventudes⁵.

Factores de riesgo, como el bajo nivel socioeconómico, el consumo de alcohol o el estrés, son comunes a los trastornos mentales y a otras enfermedades no transmisibles; hay también una considerable coincidencia entre trastornos mentales y trastornos por consumo de sustancias.⁶ En conjunto, los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias representaron 13 % de la carga mundial de morbilidad en 2024⁷.

Estas pérdidas de salud también tienen consecuencias económicas.⁸ En un estudio del Fondo Económico Mundial y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, de 2011, se calculó que el impacto mundial acumulado de los problemas de salud mental será de US\$ 16.3 billones en pérdidas económicas, entre 2011 y 2030⁹.

La carencia de hogar o situación de calle y la encarcelación impropia son más frecuentes entre personas con discapacidad biopsicosocial, intelectual y cognitiva que en la población general¹⁰. Debido a la estigmatización y a la discriminación, estos grupos sufren frecuentes violaciones de sus derechos humanos; a muchas se les niegan derechos económicos, sociales, y se les restringen el trabajo y la educación. A esto se suma que son más vulnerables de sufrir condiciones de vida inhumanas y poco higiénicas, maltratos físicos y abusos

⁴ Organización Mundial de la Salud. (2013). Mental health action plan 2013-2020. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf

⁵ Organización Mundial de la Salud. (2023). Suicidio. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

⁶ Organización Mundial de la Salud. (2011). Global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response. https://apps.who.int/qa/ebwha/pdf_files/eb130/b130_9-en.pdf

⁷ Ibid.

⁸ Organización Mundial de la Salud. (2021). Mental health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345301/9789240031029-eng.pdf>

⁹ Bloom, D. E., Cafiero, E. T., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L. R., Fathima, S., Feigl, A. B., Gaziano, T., Mowafi, M., Pandya, A., Prettnner, K., Rosenberg, L., Seligman, B., Stein, A. Z., & Weinstein, C. (2011). *The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases*. World Economic Forum. https://www3.weforum.org/docs/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf

¹⁰ Organización Mundial de la Salud. (2021). Mental health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345301/9789240031029-eng.pdf>



CONGRESO DE LA REPÚBLICA

sexuales, falta de atención o prácticas terapéuticas nocivas y degradantes en establecimientos que deberían ocuparse de su recuperación¹¹.

Las discapacidades biopsicosociales, intelectuales y cognitivas y los problemas de salud mental por consumo o dependencia de sustancias tienen un impacto significativo en la salud, la vida social y económica de quienes las presentan, sus familias y sus comunidades.¹² Las personas que viven con condiciones de salud mental y de dependencia de sustancias están desproporcionadamente afectadas por varios tipos de discapacidades, mortalidad prematura, exclusión social y pobreza¹³. Además de encontrarse propensas a experimentar estigma¹⁴, discriminación y sufrir violaciones de derechos económicos, sociales y culturales¹⁵. 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 presentar condiciones de salud mental¹⁶.

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.¹⁷ 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 discapacidades, 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 empleo¹⁸.

¹¹ Organización Mundial de la Salud (OMS) & Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH). (2023, 9 de octubre). *La OMS y el ACNUDH publican nuevas orientaciones para mejorar la legislación contra las violaciones de los derechos humanos en la atención de salud mental*. <https://www.who.int/es/news/item/09-10-2023-who-ohchr-launch-new-guidance-to-improve-laws-addressing-human-rights-abuses-in-mental-health-care>

¹² Organización Mundial de la Salud. (2021). *Mental health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345301/9789240031029-eng.pdf>

¹³ Saxena, S., Funk, M., & Chisholm, D. (2015). WHO's mental health action plan 2013–2020: What can psychiatrists do to facilitate its implementation? *World Psychiatry*, 14(2), 197–199.

¹⁴ Drew, N., Funk, M., Tang, S., Lamichhane, J., Chávez, E., Katontoka, S., ... & Saraceno, B. (2011). Human rights violations of people with mental and psychosocial disabilities: an unresolved global crisis. *The Lancet*, 378(9803), 1664–1675.

¹⁵ Gronholm, P. C., Henderson, C., Deb, T., & Thornicroft, G. (2024). Reducing stigma associated with mental illness globally: a narrative review. *The Lancet Psychiatry*.

¹⁶ Organización Mundial de la Salud. (2021). *Salud mental y COVID-19: datos iniciales sobre el impacto de la pandemia*. OMS.

¹⁷ Organización Mundial de la Salud. (2021). *Mental health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345301/9789240031029-eng.pdf>

¹⁸ Ridley, M., Rao, G., Schilbach, F., & Patel, V. (2020). Poverty, depression, and anxiety: Causal evidence and mechanisms. *Science*, 370(6522), eaay0214





II. Respuesta del Estado ante la urgente necesidad de atender la salud mental en Guatemala

La mayoría de las personas que viven con un problema de salud mental 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 se debe, en parte, a la brecha de atención a la salud mental¹⁹, es decir, el porcentaje de personas que requieren servicios de salud mental pero no los reciben²⁰. Un estudio estimó esta brecha en Latinoamérica e identificó que la región centroamericana y México es de 78.7%, la más alta del continente²¹. Se estima que esta brecha oscila entre 32% y 78% en el mundo²². El reducido porcentaje que recibe atención en salud mental puede experimentar graves violaciones de derechos humanos dentro de hospitales psiquiátricos²³. La institucionalización psiquiátrica en aislamiento de la comunidad por largos períodos de tiempo y la baja calidad en la atención de salud mental pueden provocar aún más deterioro en las personas con problemas de salud mental²⁴.

En países de ingresos bajos y medianos, como Guatemala, esta brecha de atención es especialmente alta y se estima que es mayor a 90%,²⁵ lo que significa que menos del 10% de las personas con problemas de salud mental 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 salud²⁶. Sin embargo, las investigaciones realizadas hasta la fecha sugieren una carga de enfermedad

¹⁹ Kohn, R., Saxena, S., Levav, I., & Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(11), 858–866.

²⁰ Wang, P. S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Borges, G., Bromet, E. J., ... & Kessler, R. C. (2023). Global treatment gap for mental health conditions: updated analysis. *World Psychiatry*.

²¹ Kohn, R., Ali, A. A., Puac-Polanco, V., Figueroa, C., López-Soto, V., Morgan, K., ... & Vicente, B. (2018). Mental health in the Americas: An overview of the treatment gap. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e165.

²² Kohn, R., Saxena, S., Levav, I., & Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(11), 858–866.

²³ Drew, N., Funk, M., Tang, S., Lamichhane, J., Chávez, E., Katontoka, S., ... & Saraceno, B. (2011). Human rights violations of people with mental and psychosocial disabilities: An unresolved global crisis. *The Lancet*, 378(9803), 1664–1675.

²⁴ Gronholm, P. C., Henderson, C., Deb, T., & Thornicroft, G. (2024). Reducing stigma associated with mental illness globally: a narrative review. *The Lancet Psychiatry*.

²⁵ Wang, P. S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Borges, G., Bromet, E. J., ... & Kessler, R. C. (2023). Global treatment gap for mental health conditions: Updated analysis. *World Psychiatry*.

²⁶ Organización Mundial de la Salud. (2017). *Atlas de salud mental 2017: Recursos para la salud mental en el mundo*. OMS.

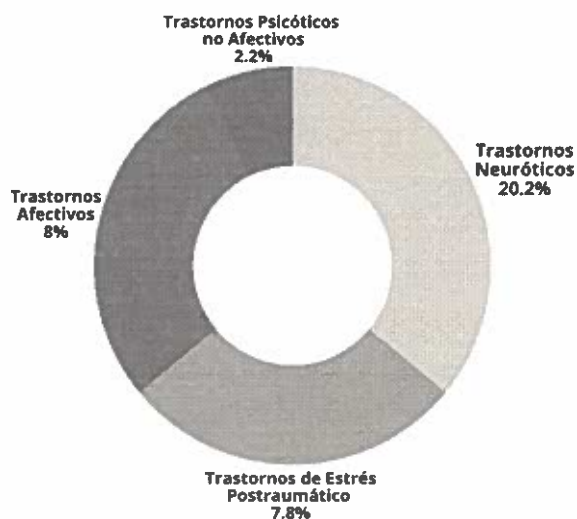


CONGRESO DE LA REPÚBLICA

significativa y una brecha de atención amplia para la salud mental de la población, como se detalla a continuación.

Las condiciones de salud mental 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), en 2009,²⁷ que permitió estimar la prevalencia y ciertos factores de riesgo para condiciones de salud mental (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.²⁸ 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 esquizofrenia²⁹.

CONDICIONES COMUNES EN RESULTADOS DE LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD MENTAL EN GUATEMALA, 2009



²⁷ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSPAS–, Instituto Nacional de Estadística –INE–, y Universidad del Valle de Guatemala. (2009). *Encuesta Nacional de Salud Mental Guatemala 2009*. Guatemala: MSPAS, INE, UVG

²⁸ *ibid.*

²⁹ *ibid.*



CONGRESO DE LA REPÚBLICA

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 población³⁰. 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 violencia³¹.

Según datos actualizados del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia -UNICEF-, (por sus siglas en inglés)³², el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social dio a conocer que, de enero a julio de 2023, 34,178 guatemaltecos fueron diagnosticados con un problema de salud mental y del comportamiento. En ese año, los problemas de salud mental más frecuentes fueron la depresión, la ansiedad y los causados por el uso de sustancias psicoactivas³³.

Los recursos y los servicios para atender las condiciones de salud mental de la población guatemalteca son limitados e inadecuados. Según la Encuesta Nacional de Salud Mental, sólo 2.3% de las personas con problemas de salud mental o discapacidad biopsicosocial intelectual y cognitiva recibieron atención para la salud mental³⁴. 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

³⁰ Company-Córdoba, R. (2020). *Encuesta Nacional de Discapacidad (ENDIS) Guatemala 2016: Informe de resultados principales*. Guatemala: Comisión Nacional de Discapacidad –CONADI–.

³¹ Puac Polanco, V. H. (2015). *Violencia, etnicidad y salud mental en Guatemala: análisis secundario de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2009*.

³² UNICEF Guatemala. (2023, 9 de octubre). *La salud mental en Guatemala: Un grito de ayuda que no podemos ignorar*. <https://www.unicef.org/guatemala/comunicados-prensa/la-salud-mental-en-guatemala-un-grito-de-ayuda-que-no-podemos-ignorar​;contentReferencefoaicite:1}{index=1>

³³ *ibid.*

³⁴ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSPAS–, Instituto Nacional de Estadística –INE–, y Universidad del Valle de Guatemala. (2009). *Encuesta Nacional de Salud Mental Guatemala 2009*. Guatemala: MSPAS, INE, UVG.



CONGRESO DE LA REPÚBLICA

insuficiente según estándares internacionales de la OMS³⁵. La mayoría de dichos profesionales y servicios de salud mental están ubicados en las áreas metropolitanas (OMS, 2020).

Solamente el 2% del presupuesto nacional de salud pública se dedica a la atención de salud mental 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 esquizofrenia³⁶. Estudios recientes han mostrado que los servicios de salud mental dentro de la atención primaria y comunitaria de Guatemala son limitados. Por ejemplo, menos del 1% de las consultas del sistema de atención primaria en Sololá, documentadas de 2018-2022, correspondieron a condiciones de salud mental³⁷.

Otros estudios realizados en áreas rurales de Guatemala³⁸ (Chimaltenango, San Marcos, Sololá) han demostrado 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 limitada³⁹.

Aunado a esto, no hay involucramiento por parte del primero y segundo nivel de atención en salud mental por razones como (comunicación personal, 2024):

- No hay especialistas en salud mental contratados para estos niveles de atención.
- No hay lugares de atención especiales para la atención en salud mental.
- Los medicamentos que se pueden administrar son limitados debido a que la mayoría deben ser prescritos por especialistas (psiquiatras).
- No están conformados equipos multidisciplinarios que puedan atender este tipo de enfermedad.

³⁵ Organización Mundial de la Salud. (2017). *Atlas de salud mental 2017: Recursos para la salud mental en el mundo*. OMS

³⁶ Organización Mundial de la Salud. (2020). *Atlas de salud mental 2020: Información global sobre salud mental*. OMS.

³⁷ Sistema Gerencial de Salud (SIGSA). (2023). *Estadísticas de consultas por diagnóstico en atención primaria, Sololá, 2018–2022*. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala.

³⁸ Paniagua-Ávila, A., López, V. H., Paiz, M. C., Gallo, C., Hernández, B., & Rohloff, P. (2023). *Capacidades del primer nivel de atención para la atención en salud mental en zonas rurales de Guatemala: un estudio cualitativo*. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas.

³⁹ Asturias, E., et al. (2019). *Salud mental en comunidades indígenas de Guatemala: Estudio exploratorio*. Universidad del Valle de Guatemala, Instituto de Investigación en Ciencias Socio Humanísticas.





CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Por estas razones, es necesario aumentar la capacidad instalada del segundo nivel de atención en salud, para cumplir con otros servicios, entre ellos la atención a personas con problemas de salud mental.

Enfocarse en el suicidio como una forma de prevención. Según la OMS, el suicidio es una de las 20 principales causas de muerte a nivel mundial. La depresión y otras condiciones de salud mental, algunas asociadas al abuso de sustancias, son factores de riesgo⁴⁰. Según una encuesta realizada por U-Report UNICEF a 1,500 jóvenes (en línea, 2023), 38% manifestó haber experimentado alguna forma de ansiedad y 22% depresión; a pesar de esto, 44% indicó no haber buscado ayuda⁴¹. En 2014, una nota del diario digital Plaza Pública indicaba que, en Guatemala, no existen investigaciones de gran alcance y de buena calidad que permitan dar explicaciones sobre las tendencias de los suicidios en el país; sin embargo, para 2021, 59% de los suicidios reportados fueron realizados por adolescentes y jóvenes entre 11 y 30 años, mientras que en 2022 fue 57%⁴².

Además de las juventudes, el personal de salud es parte de la población en riesgo. Según el estudio The COVID-19 HEalth caRe wOrkErs Study (HEROES), realizado por las universidades de Chile y Columbia, con apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en 2020, entre 15 y 22% del personal entrevistado presentó síntomas que hacían sospechar de episodios depresivos, mientras que entre 5 y 15% indicaron que tuvieron ideaciones suicidas⁴³. HEROES consistió en entrevistas a 14,502 trabajadores sanitarios de países latinoamericanos, incluyendo a Guatemala. El informe enfatiza la necesidad urgente de desarrollar políticas para proteger la salud mental de los trabajadores de la salud.

⁴⁰ Organización Mundial de la Salud. (2021). Suicidio. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

⁴¹ UNICEF Guatemala. (2022, agosto 10). UNICEF, U-Report, JoLu y Love Myself Guatemala lanzan la campaña #Dime sobre la salud mental para apoyar a la niñez y adolescencia guatemalteca. <https://www.unicef.org/guatemala/comunicados-prensa/unicef-u-report-jolu-y-love-myself-guatemala-lanzan-la-campa%C3%B1a-dime-sobre-la>

⁴² González, M. (2014, 27 de febrero). Con la propia mano. Plaza Pública. <https://www.plazapublica.com.gt/content/con-la-propia-mano>.

⁴³ Paniagua-Ávila, A., Ramírez, D. E., Barrera-Pérez, A., Calgua, E., Castro, C., Peralta-García, A., Mascayano, F., Susser, E., Alvarado, R., & Puac-Polanco, V. (2022). Mental health of Guatemalan health care workers during the COVID-19 pandemic: Baseline findings from the HEROES cohort study. *American Journal of Public Health*, 112(S6), S602–S614.





CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Recientemente, en Guatemala se conoció sobre una ola de suicidios entre el personal de salud que llegó a media docena entre 2023 y 2024, aunque no se tiene registros exactos⁴⁴. Las muertes, según algunos médicos, se debieron a la presión de la profesión y al abuso de alcohol y de drogas, algunas veces, incluso, en horas laborales⁴⁵. Según la revista Redacción Médica⁴⁶, la principal especialidad médica con mayores números de suicidios, en Estados Unidos, es la anestesiología; sin embargo, en Guatemala no se cuenta con este tipo de estadísticas, como tampoco con protocolos para la atención del personal médico. Se sospecha que además de la presión y el mal o nulo manejo de estrés, el acceso a medicamentos controlados puede fomentar el suicidio en el personal de salud⁴⁷.

III. Protección de los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental

El sistema internacional y el sistema interamericano de protección de los derechos humanos ofrecen un marco robusto para la defensa de los derechos de las personas con problemas de salud mental, basado en la promoción de la dignidad, igualdad y no discriminación. Ambos sistemas reconocen el derecho al más alto nivel de salud física y mental, prohíben la discriminación, promueven la atención digna y accesible y protegen contra tratamientos inhumanos.

En particular, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) refuerza la protección de las personas con problemas de salud mental, incluyendo aquellas con discapacidad biopsicosocial, intelectual o cognitiva, garantizando su autonomía e inclusión plena, y el derecho al consentimiento informado.

Ambos sistemas defienden la transición hacia un modelo de atención comunitario y basado en derechos humanos, promoviendo la participación activa, el respeto a la autonomía y el acceso equitativo a servicios de salud, garantizando la inclusión, la protección contra abusos

⁴⁴ Bin, H. (2024, 12 de febrero). *Urgencia médica: alerta por suicidio de doctores ¿quién atiende al gremio?*. ConCriterio. <https://concritorio.gt/urgencia-medica-alerta-por-suicidio-de-doctores-quien-atiende-al-gremio/>

⁴⁵ ibid

⁴⁶ Redacción Médica. (2018, 3 de noviembre). *Tasa de suicidio según especialidad médica: anestesiólogos, los más afectados*. <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/tasa-de-suicidio-segun-especialidad-medica-anestesiologos-los-mas-afectados-7663>

⁴⁷ Bin, H. (2024, 12 de febrero). *Urgencia médica: alerta por suicidio de doctores ¿quién atiende al gremio?*. ConCriterio. <https://concritorio.gt/urgencia-medica-alerta-por-suicidio-de-doctores-quien-atiende-al-gremio/>





CONGRESO DE LA REPÚBLICA

y el reconocimiento pleno de los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental.

El 20 de noviembre de 2012, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) otorgó medidas cautelares a favor de 334 pacientes del Hospital Nacional de Salud Mental *Federico Mora*, en Guatemala, ante la grave situación de riesgo en la que se encontraban las personas internadas en dicho centro. Según la solicitud presentada, los pacientes, entre ellos niños y niñas, compartían espacios con personas con discapacidad mental que se encontraban bajo proceso penal o ya habían sido sentenciadas por la comisión de diversos delitos, situación que comprometía su seguridad y bienestar. Se alegó además que agentes de la Policía Nacional Civil y personal del Sistema Penitenciario, encargados de la custodia del hospital, incurrían en amenazas, hostigamientos y actos de violencia contra los pacientes. La información aportada ante la CIDH indicaba la existencia de abusos físicos y sexuales, particularmente contra mujeres y menores, la negación de atención médica adecuada, la administración de tratamientos psiquiátricos inadecuados y la utilización de prácticas degradantes como el encierro en cuartos de aislamiento y el amarre de pacientes a sillas.

Ante esta situación, la CIDH solicitó al Estado de Guatemala la adopción urgente de una serie de medidas para garantizar la vida y la integridad personal de los pacientes internados. Entre ellas, se incluyó el deber de brindar atención médica adecuada y personalizada conforme a las patologías de cada individuo; la separación de menores de edad de los adultos, en apego al principio del interés superior del niño; la segregación de los pacientes bajo custodia judicial respecto del resto de los usuarios del hospital, asegurando que su custodia sea asumida por personal no armado del propio centro; la restricción del uso de cuartos de aislamiento conforme a estándares internacionales, y la implementación de acciones inmediatas de prevención frente a cualquier tipo de violencia, especialmente contra mujeres y niños. Asimismo, se instó al Estado a concertar estas medidas con los beneficiarios y sus representantes, establecer un cronograma conjunto para su implementación y presentar informes sobre las acciones adoptadas, incluyendo investigaciones sobre los hechos que dieron lugar a la adopción de las medidas cautelares:⁴⁸

⁴⁸ Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). (2012). *Medidas cautelares otorgadas*. Organización de los Estados Americanos. Recuperado de <https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/cautelares.asp?Year=2021&searchText=370>





IV. Abordaje de la salud mental

La Organización Mundial de la Salud (OMS) propone un abordaje de la salud mental centrado en los determinantes sociales, el cual, a diferencia de los modelos tradicionales que se enfocan únicamente en factores individuales, reconoce la profunda influencia del contexto social en el bienestar mental de las personas, las familias y las comunidades. Este enfoque integral abarca un amplio espectro de factores que inciden en la salud mental, desde las condiciones de vida y laborales hasta la discriminación y la exclusión social, lo cual demanda intervenciones más completas y multisectoriales que trasciendan al sector salud. Al enfocarse en los determinantes sociales, se busca prevenir la aparición de problemas de salud mental en lugar de limitarse a tratarlos una vez manifestados, reconociendo que las desigualdades sociales generan disparidades que deben ser abordadas mediante la promoción de la justicia social. Además, este modelo promueve la participación activa de las comunidades en la planificación e implementación de las intervenciones, aumentando así su pertinencia, eficacia y sostenibilidad.

Las estrategias que abordan estos determinantes han demostrado ser efectivas tanto en la prevención como en el tratamiento de los trastornos mentales. Incorporar este enfoque en la legislación en salud mental implica considerar factores como la violencia, la pobreza, la vivienda, la educación, el empleo y la protección social en el diseño e implementación de políticas públicas. Por ello, resulta crucial impulsar marcos normativos que reduzcan las desigualdades en salud mental. El modelo de la OMS ofrece una vía prometedora para mejorar el bienestar psicológico de la población, y su incorporación en la legislación representa un paso clave hacia la construcción de sociedades más justas y equitativas, donde todas las personas tengan la oportunidad de alcanzar su máximo potencial en salud mental.

V. Necesidad de un modelo de atención en salud mental centrado en los derechos humanos y la plena capacidad jurídica

El modelo de atención en salud mental debe evolucionar hacia uno que coloque en el centro el respeto de los derechos humanos y, especialmente, la plena capacidad jurídica de las personas con discapacidad biopsicosocial, intelectual o cognitiva. Este modelo implica un cambio de paradigma que trasciende la visión médica tradicional y se centra en la autonomía, la dignidad y la inclusión social.





CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Las personas con problemas de salud mental, incluidas las personas con discapacidad biopsicosocial, discapacidad intelectual o cognitiva, tienen los mismos derechos que cualquier otra persona, incluyendo el derecho a tomar decisiones sobre su propia vida y a ser tratadas con respeto.

Históricamente, las personas con problemas de salud mental han sido objeto de estigma, discriminación y exclusión. Un modelo centrado en los derechos humanos busca revertir esta situación y promover la igualdad de oportunidades.

El respeto a la autonomía y la participación en la toma de decisiones promueven la recuperación y el bienestar de las personas con discapacidad biopsicosocial.

Guatemala ha ratificado la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD). El tratado obliga al Estado a garantizar la plena capacidad jurídica de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás.

Esto implica que toda intervención en salud mental debe contar con el consentimiento libre e informado de la persona, basado en información accesible y comprensible sobre su diagnóstico, tratamiento y alternativas. Asimismo, se deben regular las prácticas coercitivas, como la hospitalización involuntaria y el tratamiento forzado.

Se deben promover apoyos y servicios que faciliten la inclusión social de las personas con problemas de salud mental, discapacidad biopsicosocial, intelectual o cognitiva en la comunidad como el acceso a la vivienda, la educación, el empleo y la participación social. Se debe promover la desinstitucionalización de las personas con problemas de salud mental que viven en instituciones de larga estadía, favoreciendo su vida independiente en la comunidad. Se deben proporcionar apoyos para la toma de decisiones a las personas que lo necesiten, respetando su voluntad y preferencias.

El modelo de atención en salud mental centrado en el respeto a los derechos humanos, especialmente en conformidad con los tratados de derechos humanos de las Naciones Unidas y de la Organización de Estados Americanos (OEA), y en particular con la Convención sobre





CONGRESO DE LA REPÚBLICA

los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), constituye un marco fundamental para garantizar un enfoque basado en la dignidad, igualdad y no discriminación.

La iniciativa de ley impulsa un modelo de atención en salud mental comunitaria, integral y centrado en los derechos humanos, promoviendo servicios descentralizados e integrados al sistema de salud general. Este enfoque prioriza la prevención de problemas de salud mental, el empoderamiento comunitario, y servicios centrados en las necesidades y derechos de cada persona, con un firme respeto por su autonomía y dignidad. Busca la integración de servicios en todos los niveles de atención, combatiendo el estigma y garantizando el acceso equitativo a tratamientos efectivos basados en evidencias, asegurando atención humanizada y de calidad para todos.



CONGRESO DE LA REPÚBLICA

DECRETO NUMERO _____ CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE GUATEMALA

CONSIDERANDO:

Que la Constitución Política de la República de Guatemala establece como fin supremo del Estado la realización y promoción del bien común, y sus deberes; la garantía de protección social, justicia, seguridad, libertad y paz en el marco de los Derechos Humanos. Establece, también, las bases del régimen económico y social que funda el principio de justicia social e igualdad ante la Ley, garantizando el derecho a la salud que es reconocido como un bien público y como un derecho fundamental para la población sin discriminación alguna.

CONSIDERANDO:

Que el Estado reconoce sus obligaciones en la Constitución Política de la República de Guatemala y en el Código de Salud, Decreto Número 90-97, que establece las funciones de rectoría del sector salud a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y define las acciones de prevención de la enfermedad, promoción de la salud, recuperación, rehabilitación, coordinación, acceso integral, y medidas complementarias para garantizar el más completo bienestar físico, mental y social. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como rector del sector salud, está en la obligación de articular acciones conjuntas, oportunas y de alta calidad entre el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Ministerio de Trabajo y Previsión Social, Ministerio de Educación, Ministerio de Desarrollo, la Secretaría Ejecutiva de la Comisión Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas, municipalidades, otras instituciones y organizaciones que conforman el sector salud para promover la atención integral de la salud mental.

CONSIDERANDO:

Que el Estado de Guatemala ha ratificado convenios e instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos de las personas con discapacidad mediante la suscripción y ratificación de los siguientes instrumentos internacionales: la Convención Americana sobre Derechos Humanos; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; la Convención sobre los Derechos del Niño; la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer; el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la Convención



CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Internacional sobre la Protección de los Derechos de los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares; la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad; la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; y, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

CONSIDERANDO:

Que en los últimos años el aumento de los problemas de salud mental se ha convertido en un problema de salud pública. La incidencia de casos se ha incrementado de manera considerable en los últimos años por factores de riesgo y determinantes sociales, como el bajo nivel socioeconómico, problemas culturales, políticos y ambientales; afectando la capacidad de la población para gestionar pensamientos, emociones e interacciones con los demás, entre otros. Esto trae un aumento en los costos económicos y sociales de la persona, la familia y la comunidad ante la falta de un modelo de atención integral para la salud mental. Por consiguiente, es responsabilidad del Estado organizarse para ordenar la respuesta con un marco jurídico y desde las instituciones públicas para el establecimiento de un modelo de atención que atienda a las necesidades de la población desde el nivel local y la interculturalidad; y así garantizar el acceso y la atención integral, fortaleciendo la red de servicios de salud, y mejorando las capacidades del sistema de salud para afrontar los desafíos presentes y futuros.

CONSIDERANDO:

Que corresponde al Congreso de la Republica de Guatemala legislar 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



CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Artículo 1. Objeto de la Ley. La Ley tiene por objeto garantizar el derecho a protección de la salud mental para todas las personas, con pleno respeto a los derechos humanos, la dignidad, autonomía e inclusión de las personas con problemas de salud mental, estableciendo el marco jurídico y el modelo de atención rector en materia de salud mental para la prevención, promoción, detección temprana, atención, recuperación y rehabilitación. La normativa también considera un abordaje integral de la salud mental y servicios basados en los contextos socioculturales y dinámicas propias de las comunidades.

Artículo 2. Ámbito de aplicación. La presente Ley es de cumplimiento obligatorio para todas las instituciones públicas, autónomas, semiautónomas y/o privadas, los profesionales, los técnicos, y los proveedores que presten servicios de salud, servicios sociales, o relacionados con la protección integral de la salud mental.

Artículo 3. Finalidad. La finalidad de la Ley es alcanzar el más alto nivel posible de salud mental y bienestar de las personas, erradicar el estigma, la discriminación y la coerción en salud mental; favorecer el reconocimiento social; y promover la inclusión social y la participación comunitaria.

Artículo 4. Promoción de la salud mental y prevención de los problemas de salud mental. El Estado deberá priorizar la promoción de la salud mental y la prevención de las condiciones sociales y biopsicosociales que conllevan a los problemas de salud mental.

Estas acciones se deberán realizar bajo el modelo de atención vigente del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, y el respeto de los derechos humanos con abordaje de pertenencia cultural e interculturalidad y con especial atención en la lucha contra la estigmatización y la exclusión social de las personas con condiciones de salud mental.

Artículo 5. Principios. Los principios que guiarán la aplicación e interpretación de la presente Ley son los siguientes:

- a) El respeto de la dignidad inherente y la autonomía individual de las personas, incluida la libertad de tomar las propias decisiones;
- b) La no discriminación y trato digno;
- c) La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad;
- e) La igualdad de oportunidades;
- f) La accesibilidad universal incluyendo la accesibilidad cognitiva;
- g) La atención integral a la salud mental será brindada a la población totalmente gratuita en la red de servicios de salud;
- h) Equidad como la ausencia de diferencias evitables, injustas o remediabiles, entre grupos de personas debido a sus circunstancias sociales, económicas, demográficas o geográficas;





CONGRESO DE LA REPÚBLICA

- i) La paridad entre salud física y mental;
- j) La creación y/o adecuación de los servicios de salud mental a las necesidades culturales y lingüísticas de los cuatro pueblos que cohabitan en Guatemala: Maya, Garífuna, Xinca y Mestizo/Ladino;
- k) El acceso asequible y equitativo a la atención integral de la salud mental;
- l) La transparencia, el acceso a la información y la rendición de cuentas;

Artículo 6. Definiciones. Para efectos de la Ley, se entiende por:

- a) **Salud mental:** Estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad.
- b) **Discapacidad:** Se considera como discapacidad cualquier deficiencia física, mental, o sensorial congénita o adquirida, que limite sustancialmente una o más de las actividades consideradas normales para una persona.
- c) **Discriminación por motivos de condiciones de salud mental:** Cualquier distinción, exclusión o restricción basada en la discapacidad, incluidas las condiciones de salud mental, que tenga por objeto o efecto menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con los demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en lo político, económico, social, cultural, civil o de cualquier otro ámbito no limitando la edad. Se incluyen todas las formas de discriminación, incluida la denegación de ajustes razonables.
- d) **Enfoque basado en los Derechos Humanos:** Marco conceptual que guía todas las acciones y procesos relacionados con la atención, el apoyo y la promoción de la salud mental, teniendo como objetivo primordial promover, proteger y garantizar el disfrute efectivo de los derechos humanos de todas las personas, en particular aquellas con problemas de salud mental, discapacidad biopsicosocial, discapacidad intelectual o discapacidad cognitiva.
- e) **Capacidad jurídica:** Aptitud de todas las personas a ser titulares de derechos y obligaciones y a tomar decisiones sobre sus propias vidas, en igualdad de condiciones con las demás.
- f) **Trastorno mental:** Se caracteriza por una alteración clínicamente significativa de la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento de un individuo. También se denominan problemas de salud mental, aunque este último término es más amplio y abarca los trastornos mentales, las discapacidades biopsicosociales y (otros) estados mentales asociados a una angustia considerable, discapacidad funcional o riesgo de conducta autolesiva.



CONGRESO DE LA REPÚBLICA

- g) **Estado cognitivo:** Es la capacidad de pensar, aprender y recordar, y es fundamental para realizar actividades cotidianas. Está compuesto por varias funciones, como la atención, la memoria, el lenguaje, la percepción, la orientación y el razonamiento.
- h) **Ajustes razonables:** Todas las modificaciones y ajustes necesarios y apropiados que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando sea necesario en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad, incluidas, las personas con problemas de salud mental, el ejercicio, en igualdad de condiciones con los demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.
- i) **Toma de decisiones con apoyo:** Regímenes que comprenden diversas opciones de apoyo que permiten a una persona ejercer la capacidad jurídica y tomar decisiones con apoyo, cuando ponga en riesgo su vida o la de terceros
- j) **Sistema de salud mental:** Todos aquellos servicios, programas y actividades cuyos fines principales son promover y promocionar, así como atender, restaurar o mantener la salud mental, incluyendo las instituciones públicas, autónomas, semiautónomas y/o privadas, los profesionales, los técnicos y proveedores que presten servicios de salud, servicios sociales, o relacionados con la protección integral de la salud mental.
- k) **Promoción y comunicación:** Abordaje multi estratégico para fortalecer el papel de los individuos y de las comunidades en su obtención de una buena salud mental y el mejoramiento en la calidad del entorno físico.
- l) **Prevención:** Intervenciones que se centran en identificar los determinantes individuales, sociales y estructurales de la salud mental, para luego reducir los riesgos, aumentar la resiliencia y crear entornos favorables para la salud mental. Pueden ir dirigidas a individuos, grupos específicos o poblaciones enteras.
- m) **Identificación temprana:** Es el mecanismo organizado para detectar y responder rápidamente a las señales que puedan indicar posibles enfermedades o problemas de salud mental.
- n) **Atención integral:** Es el conjunto de servicios que se ofrecen para promover, mantener o restablecer la salud mental de las personas.
- o) **Recuperación en salud mental:** El enfoque de recuperación en salud mental se centra en ayudar a las personas a recuperar o mantener el control de sus vidas. El significado de la recuperación puede ser diferente para cada persona y su contexto, puede incluir (re)ganar significado y propósito en la vida; estar



CONGRESO DE LA REPÚBLICA

empoderado y ser capaz de vivir una vida autodirigida; fortalecer el sentido de uno mismo y de la autoestima; tener esperanza para el futuro; resignificación de un trauma; y vivir una vida con propósito. Cada persona debe tener la oportunidad de definir qué significa la recuperación para ella y en qué áreas de su vida desea centrarse como parte de su propio proceso de recuperación.

- p) Rehabilitación:** Proceso que debiera comenzar en la etapa más temprana posible, basado en una evaluación multidisciplinaria de las necesidades y capacidades de la persona, que puede constar de intervenciones de salud, educación y del empleo, entre otras, para lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida.
- q) Desinstitucionalización:** Proceso que tiene por objeto poner fin a todas las formas de institucionalización de las personas con discapacidad, tanto en el ámbito privado como en el público, y promover un modelo de atención de la salud mental centrado en la comunidad con pleno respeto de la autonomía, la autodeterminación y la participación social de las personas con problemas de salud mental.
- r) Transinstitucionalización:** Movimiento de personas desde el servicio psiquiátrico hacia otros servicios que, aunque con nuevos nombres, reproducen las dinámicas de control y vulneración de los derechos presentes en el manicomio.

CAPÍTULO II

DERECHOS DE LAS PERSONAS EN LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Artículo 7. Derechos de las personas en los servicios de salud mental. Toda persona que utilice servicios de salud mental disfrutará, en igualdad de condiciones con las demás y sin discriminación, de todos los derechos garantizados por el derecho nacional e internacional. Esto incluye, entre otros, los derechos a la vida, la libertad, la seguridad personal, la no discriminación, la igualdad ante la ley, el acceso a la justicia, la educación, el empleo y la participación en la vida cultural.

Toda persona que utilice servicios de salud mental gozará de las mismas condiciones y estándares de calidad que el resto de las personas en todos los demás entornos de salud. No se podrá negar o restringir el acceso a servicios de salud generales, como atención médica, dental o de emergencia fundado en un problema de salud mental, real o percibido.



CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Los servicios de salud mental deben ser proporcionados de manera que respeten la dignidad y la autonomía y que se tomen medidas para prevenir y abordar cualquier violación de sus derechos.

Artículo 8. Igualdad y no discriminación. Los servicios de salud no discriminarán por motivos de raza, sexo, edad, discapacidad, condición migratoria o de refugiado, origen nacional, étnico, o social, idioma, religión, opinión política u otra opinión.

Se prohíbe la discriminación por motivos de estado de salud mental o discapacidad biopsicosocial, intelectual o cognitiva. Esto incluye cualquier distinción, exclusión o restricción, basada en una condición o deficiencia de salud mental, real o percibida, que tenga por objeto o efecto menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con los demás, de derechos, intereses o beneficios legales, en el campo político, económico, social, cultural o cualquier otro.

La prohibición de la discriminación incluye todas las formas de discriminación, incluyendo la denegación de ajustes razonables y la discriminación por asociación.

Artículo 9. Ajustes Razonables en Salud Mental. Toda persona que utilice servicios de salud mental tiene derecho a que se le proporcionen ajustes razonables para el ejercicio de sus derechos, si así lo requiere.

La solicitud de un ajuste razonable para el ejercicio de la capacidad jurídica no se utilizará para cuestionar la capacidad jurídica de una persona. Este derecho es complementario al derecho de apoyo en el ejercicio de la capacidad jurídica, y no puede interpretarse como una forma de sustituir la toma de decisiones de la persona.

El ente rector deberá establecer criterios claros y accesibles para evaluar si un ajuste razonable impone una carga desproporcionada o indebida al titular de deberes, los que deben ser elaborados con la participación de las personas con discapacidad biopsicosocial, intelectual o cognitiva y sus organizaciones representativas.

En el sistema público, los fondos destinados a la implementación de ajustes razonables serán asignados por las instituciones pertinentes. Se debe garantizar la disponibilidad de recursos suficientes para que los ajustes razonables sean efectivos y accesibles para todas las personas que los necesiten.

Artículo 10. No discriminación en seguros médicos por salud mental. Las personas con necesidades de salud mental o discapacidad biopsicosocial, intelectual o cognitiva tendrán igual acceso a los seguros de salud ofrecidos sin discriminación alguna por entidades aseguradoras privadas.

Las personas con problemas de salud mental y discapacidad biopsicosocial, intelectual y cognitiva tendrán acceso a las intervenciones, servicios y apoyos ofrecidos por los seguros de salud públicos, privados o mixtos, en igualdad de condiciones con las demás.



CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Se prohíbe la discriminación en el seguro médico por una discapacidad biopsicosocial, intelectual o cognitiva preexistente o un problema de salud mental. Las aseguradoras no podrán negar la cobertura, cobrar primas más altas o imponer condiciones más restrictivas a las personas con problemas de salud mental.

Los servicios de salud mental, incluyendo la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, deberán estar cubiertos por todos los planes de salud ofrecidos por las aseguradoras, en igualdad de condiciones con los servicios para otras condiciones de salud.

Artículo 11. Eliminación del estigma y la discriminación en salud mental. El Estado de Guatemala, en colaboración con personas con experiencia vivida, creará, implementará, y ejecutará procesos o mecanismos de sensibilización para combatir el estigma y la discriminación en las instituciones públicas, autónomas, semiautónomas y/o privadas, dirigidos a la población general, a los profesionales de la salud y a otros actores.

El estado de Guatemala garantizará procesos de capacitación obligatoria en salud mental para el personal de salud, educación, seguridad social, justicia y otros actores.

Las campañas públicas para mejorar la concientización sobre la salud mental, el respeto a la diversidad cultural y los derechos de las personas con problemas de salud mental y discapacidad biopsicosocial, intelectual y cognitiva, se realizarán de manera multisectorial, con la participación activa de personas con experiencia vivida.

El diagnóstico de salud mental no se determinará en función de la condición política, económica o social; pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso; edad; o por cualquier otro motivo que no sea directamente relevante para el estado de salud mental de la persona. Esto no debe impedir la consideración de determinantes sociales de salud mental como parte integral de la evaluación clínica y planes de tratamiento.

Artículo 12. Derecho a la información en salud mental. Toda persona que utilice servicios de salud mental tiene derecho a recibir información completa, de forma individualizada y accesible, sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico, que contemple aspectos de pertinencia cultural y lingüística.

La persona que utiliza servicios de salud mental tiene derecho a hacer preguntas durante y después de recibir la información. Los profesionales de la salud mental deben responder a las preguntas de manera clara, completa y respetuosa.

El personal que trabaja en servicios de salud mental deberá recibir capacitación en el uso de formatos accesibles y en la comunicación efectiva con personas con condiciones de salud mental.

Artículo 13. Confidencialidad y protección de datos. Los servicios de salud mantendrán la confidencialidad de toda la información, comunicaciones, registros y datos personales relacionados con la salud física o mental de una persona, incluida la prestación de servicios de atención médica. El intercambio y divulgación de información entre trabajadores de la salud



CONGRESO DE LA REPÚBLICA

y servicios de datos relacionados con la salud mental de una persona debe limitarse a la información estrictamente necesaria para la coordinación o continuidad de la atención, y estará sujeto a reglas de confidencialidad.

Artículo 14. Derecho a la privacidad. Toda persona que utiliza servicios de salud mental tiene derecho a la privacidad en igualdad de condiciones con las demás, tanto en espacios físicos como virtuales. Este derecho incluye la protección de su información personal, su intimidad física y su libertad de comunicación.

Artículo 15. Derecho a la comunicación. Toda persona que utiliza servicios de salud mental tiene derecho a comunicarse con cualquier persona que elija, en igualdad de condiciones con las demás. Este derecho incluye la libertad de expresar sus opiniones, buscar y recibir información, y establecer contacto con otras personas dentro y fuera del servicio de salud mental, asimismo incluye el derecho de las personas a comunicarse en sus idiomas maternos.

Artículo 16. Información sobre derechos en salud mental. La información sobre los derechos de las personas que utilizan los servicios de salud mental debe estar disponible para los usuarios de los servicios en todos los entornos de atención de salud pública y privados que brinden atención de salud mental y en formatos accesibles.

Artículo 17. Condiciones de los servicios de salud mental. Los servicios de salud mental serán físicamente accesibles para las personas con discapacidad. Los edificios, instalaciones y equipos deben estar diseñados y adaptados para que las personas con discapacidad puedan acceder a ellos y utilizarlos de forma segura, autónoma e independiente.

Los servicios de salud mental para personas hospitalizadas no manicomiales ni monovalentes deberán proporcionar un ambiente acogedor, cómodo, estimulante, pertinentes culturalmente y propicio para la recuperación.

Artículo 18. Capacidad jurídica en los servicios de salud mental. Toda persona que utilice servicios de salud mental tiene derecho a ser reconocida como persona ante la ley y con capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás independientemente de su estado de salud mental, en todo momento y a tener acceso al apoyo libremente elegido que pueda necesitar para ejercer su capacidad jurídica, que le permita comprender y ejercer sus derechos, tomar decisiones informadas y participar activamente en la sociedad. En casos donde una evaluación clínica formal y documentada determine que no se cuenta con capacidad, se puede establecer apoyo para la toma de decisiones que buscan poner como prioridad el bienestar de la persona a largo plazo.

Artículo 19. Consentimiento libre e informado. Se requiere consentimiento libre e informado antes de cualquier intervención o tratamiento de salud mental. El consentimiento libre e informado puede ser sustituido por un tercero como último recurso, considerando que para minimizar el riesgo de abuso y garantizar el respeto a la dignidad y derechos humanos cualquier hospitalización involuntaria debe cumplir con criterios de evaluación clínica formal, criterios claros de riesgo, duración limitada y protocolos centrados en el paciente. La



CONGRESO DE LA REPÚBLICA

prestación de servicios de salud mental, ambulatorios u hospitalarios debe basarse en el consentimiento libre e informado de la persona.

Artículo 20. Prescripción de psicofármacos. La prescripción de psicofármacos se rige por las normas técnicas y éticas de la actividad médica, requiere el consentimiento libre e informado y se realizará en el marco de enfoques interdisciplinarios.

Los médicos informarán a los usuarios sobre riesgos, daños y efectos secundarios a corto, mediano y largo plazo, y sobre el derecho a la discontinuación con apoyo.

Los psicofármacos se prescribirán solo para necesidades fundamentales de la persona, con fines terapéuticos, nunca como castigo o por conveniencia de terceros, o para satisfacer la necesidad de apoyo terapéutico o atención especializada. La prescripción y renovación se basarán en evaluaciones profesionales, nunca de forma automática. Las dosis serán adecuadas según las normas profesionales, nunca excesivas o inadecuadas.

Se realizará seguimiento de efectos secundarios y se establecerán medidas para garantizar la seguridad, incluyendo la interrupción. Los servicios de salud mental tendrán un registro de reacciones adversas con procedimiento de notificación y un proceso documentado para abordar resultados adversos.

El ente rector informará periódicamente sobre la disponibilidad de programas de discontinuación.

Artículo 21: Disponibilidad de Psicofármacos para la Atención de la Salud Mental. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social garantizará la disponibilidad, accesibilidad y asequibilidad de los psicofármacos necesarios para la atención integral de las personas con problemas de salud mental en todo el sistema de salud.

Para el cumplimiento de este objetivo, se elaborará y actualizará periódicamente una lista de psicofármacos esenciales, considerando la evidencia científica sobre su eficacia, seguridad, costo-efectividad y necesidades de la población.

Se asegurará la disponibilidad ininterrumpida de los psicofármacos esenciales en todos los servicios de salud que brindan atención en salud mental, tanto a nivel primario como especializado, incluyendo hospitales, centros de salud comunitarios y servicios de atención ambulatoria.

Se promoverá el uso racional de los psicofármacos, a través de la formación continua de los profesionales de la salud, la implementación de guías de práctica clínica basadas en la evidencia y la información adecuada a las personas usuarias sobre los beneficios, riesgos y efectos secundarios de los medicamentos.

Se establecerán mecanismos de monitoreo y evaluación para asegurar la disponibilidad, accesibilidad, asequibilidad y calidad de los psicofármacos esenciales, así como para identificar y abordar las barreras que impiden el acceso al tratamiento.



CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Artículo 22. Procedimientos médicos y quirúrgicos en salud mental. Todo procedimiento médico o quirúrgico importante requiere el consentimiento previo, libre e informado de la persona, escrito o documentado. Se facilitará el acceso a la toma de decisiones con apoyo. Los profesionales médicos informarán sobre los posibles beneficios, riesgos y efectos secundarios.

La administración de terapia electroconvulsiva requiere el consentimiento libre e informado previo, escrito o documentado de la persona. Solo se administrará de forma modificada, con anestesia y relajantes musculares, y no se aplicará a niños y niñas. En el caso de los adolescentes se deberán considerar las excepciones con evidencia científica para tratar condiciones psiquiátricas graves y específicas en este grupo de población, cuando los tratamientos menos invasivos han fracasado o se requiere una mejoría rápida. Además, se deberá considerar una segunda opinión psiquiátrica.

Se prohíbe la administración o realización de: terapia de sueño profundo, insulino terapia, psicocirugía, y cualquier otro tratamiento biológico que no esté respaldado por evidencia científica.

Artículo 23 Investigación y experimentación médica y científica en salud mental. Nadie será sometido a experimentos médicos o científicos sin su consentimiento libre e informado, escrito o documentado.

Artículo 24. Prohibición de medidas coercitivas en salud. Queda prohibido el uso de cualquier medida coercitiva en los servicios de salud mental, toda vez esto no ponga en peligro la vida del paciente y de terceros, haciéndolo constar en el expediente clínico, esto incluye intervenciones médicas y no médicas sin consentimiento, salas de aislamiento, restricciones físicas y químicas, y restricciones a la libre circulación.

Los servicios de salud establecerán un procedimiento de control para la no utilización de medidas de aislamiento y contención. Las estadísticas e informes serán públicos.

Se prohíben grilletes, encadenamientos, reclusión, inmovilizaciones y cualquier forma de violencia y abuso contra personas con problemas de salud mental o discapacidad en la comunidad. Las autoridades locales realizarán capacitaciones y fomentarán la colaboración con organizaciones y líderes comunitarios para erradicar esas prácticas.

Se establecerán mecanismos para recibir e investigar denuncias de malos tratos y proporcionar reparación efectiva.

CAPÍTULO III

ACCESO A SERVICIOS DE SALUD MENTAL DE CALIDAD

Artículo 25. Acceso a servicios de salud mental de calidad. Toda persona tendrá derecho a que la atención y el apoyo de la salud mental sean disponibles, accesibles, dignos y de buena calidad.



CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Las intervenciones, los servicios y el apoyo en salud mental garantizarán mecanismos de participación y rendición de cuentas, y abordarán los determinantes estructurales, sociales y económicos de la salud mental.

Los sistemas de salud mental garantizarán la igualdad de acceso a una atención integral de salud mental, de manera equivalente a otros aspectos de la atención de salud como parte de un sistema integrado y holístico. Los servicios de salud mental se proporcionarán en igualdad de condiciones con otros servicios de atención en salud, garantizando, como mínimo, estándares de atención equivalentes.

Artículo 26. Financiamiento de la salud mental.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, desarrollará un plan de implementación de conformidad con el artículo 53 de la presente Ley. Una vez cumplido el plan de implementación, el Ministerio de Finanzas deberá presentar para su aprobación, al Congreso de la República, en su ejercicio fiscal correspondiente, el rubro solicitado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) no pudiendo disminuirle. EL Ministerio de Finanzas Públicas además deberá crear un programa específico de salud mental.

La asignación presupuestaria para la salud mental reflejará una cartera de financiación equilibrada de servicios basados en los modelos de salud, incluyendo intervenciones psicosociales y apoyo no médico.

Se prohíbe la asignación presupuestaria para servicios e intervenciones contrarios a las normas internacionales de derechos humanos.

La asignación presupuestaria se regirá por mecanismos de transparencia, rendición de cuentas y participación.

La cooperación internacional para el desarrollo y la ayuda humanitaria en salud mental se basarán en el respeto de los derechos humanos y se dirigirán a respuestas comunitarias y centradas en la persona.

Artículo 27. Acceso asequible y equitativo a la atención en salud mental. La salud mental se integrará en todas las políticas, planes, programas y estrategias para la atención en salud universal. La atención de salud mental será gratuita o asequible para todos.

Artículo 28. Atención de salud mental adecuada a la edad. Se adoptarán procedimientos y criterios para que el personal de salud en el ámbito de la salud mental evalúe el interés superior del niño y respete sus opiniones.

Nunca se ingresará a un niño, niña o adolescente en una institución psiquiátrica. Exceptuando aquellas situaciones en donde la hospitalización psiquiátrica en un plazo limitado sea indispensable, exclusivamente, para el tratamiento de de edad en crisis aguda, considerándose casos como emergencias médicas psiquiátricas y psicosis aguda. La





CONGRESO DE LA REPÚBLICA

internación se evitará en la mayor medida posible, se limitará en el tiempo y a circunstancias excepcionales.

Artículo 29. Atención de la salud mental culturalmente apropiada. Los pueblos indígenas y grupos de población vulnerables serán involucrados y consultados en el diseño e implementación de servicios de salud mental.

Las asignaciones presupuestarias considerarán la financiación de iniciativas de atención culturalmente apropiadas para pueblos indígenas y otros grupos de población vulnerable, considerando la diversidad cultural y lingüística del país.

El acceso a la atención se brindará en un idioma que comprenda la persona, con servicios de interpretación cuando sea necesario, incluyendo lengua de señas o la comunicación aumentativa y alternativa.

Artículo 30. Formación para proveedores de atención en salud y social. El personal de Salud, profesionales en salud mental y otros proveedores en servicios de salud mental recibirán capacitación en la provisión de servicios basados en evidencia y sensibles a la edad, culturalmente apropiados y basados en los derechos humanos, con énfasis en modelos de recuperación centrados en la persona, los derechos humanos, la comunidad y la salud pública.

Los planes de estudio de educación médica profesional y técnica que abarcan la atención sanitaria y el trabajo social incluirán capacitación obligatoria sobre derechos humanos y el enfoque basado en derechos humanos para la atención y el apoyo en salud mental. Las personas con experiencia vivida participarán directamente en el desarrollo e impartición de la formación.

CAPÍTULO IV

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD

Artículo 31. Integración de la salud mental en la atención de salud. La atención de salud mental, centrada en la persona y basada en los derechos, se integrará en todo el sistema de salud pública.

La atención primaria formará equipos multidisciplinarios de salud mental con profesionales de diversas disciplinas y personas con experiencia vivida.

Se garantizará la disponibilidad de intervenciones psicosociales y medicamentos psicotrópicos en toda la red de servicios de salud priorizando las psicosociales como primera línea de tratamiento.

Se ofrecerá apoyo a la salud mental y al bienestar biopsicosocial en las visitas planificadas de atención prenatal y posnatal.





CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Artículo 32. Modelo comunitario de salud mental. El ente rector aplicará la inclusión del sistema de atención de salud mental para instaurar un modelo de atención de salud mental basado en la comunidad.

La atención de salud mental se llevará a cabo principalmente a nivel comunitario, y no en centros hospitalarios, para evitar el alejamiento de las personas de su comunidad y facilitar la recuperación e inclusión social.

La atención hospitalaria se brindará únicamente cuando ofrezca mayores beneficios terapéuticos o intervenciones en crisis, que las intervenciones comunitarias.

Los servicios de salud mental estarán centrados en la persona y guiados por los principios de recuperación, participación, inclusión en la comunidad, enfoques no coercitivos y respeto de la capacidad jurídica.

Artículo 33. Integración de servicios dirigidos y administrados por pares. Los sistemas de salud mental promoverán y apoyarán la participación de pares en la prestación de servicios de salud mental y servicios afines.

Los sistemas de salud mental promoverán y apoyarán la capacitación y certificación de trabajadores de los servicios de apoyo entre pares.

Artículo 34. Desinstitucionalización. Se prohíbe la creación de nuevas instituciones tipo manicomiales, monovalentes o de internación permanente, sean públicas o privadas. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social deberá fortalecer la red nacional de hospitales para establecer unidades psiquiátricas

Se establecerá una comisión multisectorial para desarrollar e implementar una política de desinstitucionalización ordenada, con un plan de acción, identificación de instituciones públicas que acojan a personas sin hogar y/o sin familia, cronogramas, presupuesto, moratoria sobre nuevas admisiones y el desarrollo de apoyo comunitario adecuado.

Los sistemas de salud mental recopilarán información desglosada de los servicios de salud mental para facilitar el diseño de políticas, planes y programas de desinstitucionalización y el seguimiento del progreso.

Artículo 35. Atención de salud mental y apoyo psicosocial en situaciones de emergencia y contextos humanitarios: Los sistemas de salud mental garantizarán respuestas de apoyo psicosocial y de salud mental en situaciones de emergencia, en los diferentes sectores. La salud mental y el apoyo psicosocial en emergencias cubrirá varios niveles de apoyo, como la igualdad de acceso a los servicios básicos y la seguridad, el fortalecimiento de la cohesión social, el apoyo comunitario y familiar, y las intervenciones individuales, familiares y de grupo. Las intervenciones serán respetuosas de los derechos humanos y promoverán y protegerán los derechos de las personas que utilizan los servicios.

CAPÍTULO V





CONGRESO DE LA REPÚBLICA

INFORMACIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS

Artículo 36. Sistemas de información. Se deben recopilar, desglosar, compilar y difundir datos sobre el uso de los servicios de salud mental, en formatos accesibles.

Los datos sobre los determinantes sociales de la salud se recopilarán de manera coherente y se utilizarán conforme a las normas de protección de datos. Toda persona tiene derecho a solicitar información sobre los servicios públicos de salud mental. Se debe poner a disposición información sobre la toma de decisiones en salud mental, incluyendo los motivos, las presentaciones consideradas y la participación en la toma de decisiones.

La autoridad de salud mental desarrollará indicadores para medir el desempeño de los sistemas de salud mental y el progreso hacia enfoques centrados en la persona.

El estado deberá garantizar la coordinación interinstitucional para que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia, Ministerio de Trabajo, Ministerio de Gobernación, Ministerio de Educación, Ministerio de Desarrollo hagan campañas masivas pedagógicas y de concientización sobre la salud mental.

CAPÍTULO VI

ABORDAJE INTERSECTORIAL PARA LA PRESTACIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS

Artículo 37. Derecho a la vida independiente e inclusión comunitaria. Las personas con problemas de salud mental tienen derecho a vivir de forma independiente y a ser incluidas en la comunidad, con las mismas opciones que los demás. Los servicios de salud mental se diseñarán para facilitar que los usuarios vivan, trabajen y participen en la comunidad.

El Estado de Guatemala implementará y financiará servicios de apoyo comunitario para la independencia e inclusión de las personas con problemas de salud mental. Estos servicios se diseñarán para permitir la elección y control directo de las personas usuarias de los servicios sobre la atención y el apoyo que reciben.

Artículo 38. Colaboración y coordinación intersectorial en salud mental. Todos los sectores tienen la responsabilidad de promover y apoyar la salud mental y el bienestar.

Los objetivos de salud mental se integrarán en las políticas y programas sectoriales.

Los sistemas de salud mental se coordinarán con otros sectores y con las autoridades locales pertinentes para garantizar servicios holísticos e integrados en la comunidad.

Artículo 39. Organizaciones de personas con problemas de salud mental. Las organizaciones conformadas por personas con problemas de salud mental podrán participar activamente en la formulación, implementación, monitoreo y evaluación de políticas públicas relacionadas con la salud mental. Asimismo, tendrán el derecho a registrarse como personas jurídicas en igualdad de condiciones con otras organizaciones, y a operar libremente





CONGRESO DE LA REPÚBLICA

conforme al marco legal vigente, promoviendo la defensa de derechos, la inclusión social y la representación de sus intereses.

Artículo 40. Apoyo a familiares y cuidadores en salud mental. El Estado proporcionará servicios de apoyo a familiares y cuidadores de personas con problemas de salud mental. Estos servicios incluirán asesoramiento, orientación, formación, grupos de apoyo, asistencia social y financiera.

El apoyo a familiares y cuidadores no sustituirá ni excluirá el apoyo directo a la persona con problemas de salud mental, y se brindará de acuerdo con su voluntad y preferencias.

CAPÍTULO VII

SECTOR JUSTICIA

Artículo 41. Participación de la policía. La intervención policial debe respetar los derechos y la dignidad de las personas con problemas de salud mental. Las personas con problemas de salud mental tienen derecho a no sufrir discriminación ni uso de la fuerza por motivos de salud mental durante la intervención policial.

Los agentes de policía garantizarán adaptaciones procesales a las personas con problemas de salud mental durante cualquier intervención.

Los agentes de policía recibirán capacitación para reducir situaciones difíciles que involucren a personas con problemas de salud mental y minimizar la necesidad de recurrir al sistema de justicia penal.

Artículo 42. Formación para la administración de justicia. Todos los funcionarios de justicia y el personal que trabaja en el sistema de justicia recibirán programas de sensibilización y capacitación que aborden el enfoque de la salud mental basado en los derechos humanos.

Todos los participantes en procedimientos legales serán informados sobre la disponibilidad de adaptaciones. Ninguna persona será privada de atención y apoyo en salud mental durante procesos penales. Las personas con problemas de salud mental tendrán derecho a asistencia jurídica gratuita en procedimientos penales y civiles que involucren derechos fundamentales.

CAPÍTULO VIII

ENTE RECTOR Y ATRIBUCIONES

Artículo 43. Ente rector. El Estado debe garantizar y promover la atención integral de la salud mental de todas las personas a través del sistema de salud y sus diferentes servicios, sean públicos, autónomos, semiautónomos y/o privados. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (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 e interculturales





CONGRESO DE LA REPÚBLICA

en el modelo de atención, además de encontrarse actualizado, en todo momento, sobre estándares internacionales de diagnóstico y de tratamiento basados en derechos humanos.

Artículo 44. Atribuciones del ente rector. Para el cumplimiento de la presente ley el ente rector deberá implementar a través de la institucionalidad los siguientes puntos:

- a) Establecer las disposiciones para implementar una política pública de salud mental orientada a la prevención, promoción, atención, recuperación, rehabilitación y reinserción social con un enfoque familiar, comunitario y multicultural, acorde a las necesidades locales, en los tres niveles de atención de salud.
- 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) Implementar 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, autónomos, semiautónomos y/o privados, a los principios establecidos en la presente ley y monitorear su cumplimiento.
- g) Velar por la implementación y avances en el plan de desinstitucionalización previsto en esta ley.

Artículo 45. Modelo de Atención de la Salud Mental: El ente rector a través de la institucionalidad implementará un modelo de atención de la Salud Mental que incluya la reorganización de los servicios de salud mental y la ampliación de la cobertura donde los servicios incluirán como mínimo:

- a) Redes de servicios de salud mental, incluidos aquellos administrados por organizaciones no gubernamentales, organizaciones religiosas y otros grupos comunitarios, como servicios de autoayuda, servicios de apoyo grupal e individual entre pares y grupos de apoyo familiar;
- b) Atención de corta estancia y ambulatoria de la red nacional de hospitales. ;
- c) Servicios de salud mental integrados en los servicios generales de atención de salud en todo el modelo de atención, incluida la atención de salud primaria, secundaria y terciaria, y en todos los programas de salud administrados por el ente rector;
- d) Centros integrados en el sistema de salud mental y guarderías;
- e) Servicios integrados en el sistema de salud mental para atender crisis;





CONGRESO DE LA REPÚBLICA

- f) Centros comunitarios de salud mental;
- g) Mecanismos de apoyo y ajustes razonables para las personas con trastornos mentales y personas con discapacidad intelectual/psicosocial/cognitiva que viven con sus familias;
- h) Servicios de extensión comunitaria;
- i) Mecanismo de coordinación interinstitucional para apoyar el acceso a viviendas residenciales/comunitarias asequibles y decentes;
- j) Equipos interdisciplinarios de salud mental para apoyar a las personas con trastornos mentales, personas con discapacidad intelectual/psicosocial/cognitiva y sus familias y cuidadores en la comunidad;
- k) Difusión de herramientas para la autoayuda en todos los canales de comunicación institucionales;
- l) Desarrollo y capacitación del personal de salud, incluido el desarrollo de habilidades de los trabajadores de salud de hospitales generales y especializados sobre derechos humanos para brindar servicios de atención social y de salud mental basados en los derechos humanos y mediante la capacitación y tutoría de todos los trabajadores de la salud, particularmente en entornos no especializados que logren la recuperación por medio de prácticas no coercitivas; y
- m) Atención y apoyo orientados a la recuperación para los proveedores de servicios sociales y de salud.

Artículo 46. Transformación del Modelo Asistencial del Hospital Psiquiátrico. El Ente Rector deberá realizar un proceso donde El Hospital Psiquiátrico Federico Mora, deberá ser reconvertido, para funcionar como un hospital o institución de atención en crisis y seguimiento de problemas de salud mental, pasando por un proceso de desinstitucionalización gradual de sus actuales pacientes, evitando la transinstitucionalización. Este proceso deberá ser reglamentado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), mismo que deberá generar las condiciones para nombrar a un consejo dedicado a la implementación y creación de los servicios comunitarios de atención para que acojan a los pacientes des institucionalizados, haciendo énfasis en programas de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social.

CAPÍTULO IX

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

Artículo 47. Prevención del Suicidio. El Estado reconoce el derecho a la vida como un derecho humano fundamental y la prevención del suicidio como esencial para su protección.

Se adoptará un enfoque integral para la prevención del suicidio. Este enfoque abordará los factores de riesgo individuales, sociales, económicos y ambientales. Incluirá la promoción de





CONGRESO DE LA REPÚBLICA

la salud mental, la prevención de la violencia y la discriminación, la reducción del acceso a medios letales, y la mejora de la atención a personas en riesgo.

La atención a la persona en riesgo de suicidio se centrará en la persona. Las intervenciones respetarán la autonomía, la dignidad, las necesidades y preferencias de la persona.

Se capacitará a profesionales de la salud, la educación, el trabajo social y otros actores relevantes en la prevención del suicidio, para detectar e intervenir tempranamente en personas en riesgo de suicidio.

Se fomentará la colaboración entre los sectores salud, educación, trabajo social, justicia, y otros para abordar los factores de riesgo del suicidio de manera integral.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en coordinación con otras instituciones, deberá de realizar en el marco del Día Mundial para la Prevención de Suicidio, durante una semana una campaña de comunicación masiva para la prevención del Suicidio dirigida a los diferentes grupos de la población.

Artículo 48. Observatorio Nacional de Suicidio. Se creará el Observatorio Nacional de Suicidio, el cual deberá obligatoriamente ser alimentado con información actualizada y validada por las diversas instituciones involucradas en el tema. Asimismo, se presentarán informes anuales, lo que permitirá realizar los análisis y modificaciones necesarias.

Se promoverá la investigación sobre el suicidio y la efectividad de las intervenciones de prevención.

Artículo 49. Plan Nacional de Prevención del Suicidio. Se desarrollará e implementará un plan nacional de prevención del suicidio con objetivos, estrategias y mecanismos de monitoreo.

CAPÍTULO X

POLÍTICA NACIONAL Y EL CENSO DE SALUD MENTAL

Artículo 50. Política Nacional de Salud Mental. Se conformará un Comité Intersectorial que formulará y aprobará la Política Nacional de Salud Mental con el objetivo de garantizar el derecho a la salud mental de toda la población, promover la salud mental y el bienestar social, prevenir los problemas de salud mental, y asegurar la atención integral, oportuna y de calidad a las personas que los presentan, en el marco del respeto a los derechos humanos y su dignidad inherente.

El Comité Intersectorial elaborará un Plan de Acción para la implementación de la Política, con objetivos, metas e indicadores específicos, y establecerá mecanismos de monitoreo y evaluación participativos para asegurar la implementación efectiva de la política y el cumplimiento de sus objetivos. Se realizarán evaluaciones periódicas con la participación de todos los actores involucrados.





CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Se garantizará el financiamiento adecuado y sostenible para la implementación de la política y su plan de acción, incluyendo la provisión de servicios de salud mental, la formación de personal de salud mental y la investigación.

Artículo 51. Encuesta Nacional de Salud Mental. El Instituto Nacional de Estadística deberá realizar una encuesta nacional de Salud Mental para la recopilación de información que no debe limitarse a un mero registro de datos, sino que debe ser un proceso proactivo orientado a la generación de conocimiento que permita la toma de decisiones informadas y la mejora continua de las políticas públicas.

Esta debe abarcar no solo los centros de atención en crisis, sino también los servicios de salud en el modelo de atención, hospitales generales y otros dispositivos de atención, para obtener una visión panorámica del sistema de salud mental.

La recopilación de información debe respetar los derechos humanos de las personas usuarias de los servicios, garantizando su privacidad, confidencialidad y anonimato.

Es fundamental desagregar los datos por variables sociodemográficas: edad, sexo, pueblo de pertenencia y comunidad lingüística, etc. y de salud: diagnóstico, tipo de servicio utilizado, etc. para identificar brechas y desigualdades en el acceso a la atención.

La periodicidad de la Encuesta Nacional será cada cinco (5) años.

CAPÍTULO XI

DISPOSICIONES FINALES

Artículo 52. Reglamento. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) deberá crear y presentar el reglamento de la presente ley en los diez meses siguientes de la entrada en vigencia del decreto aprobado.

Artículo 53. Plan de Implementación. Al entrar en vigencia la presente ley y su reglamento el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) deberá desarrollar un plan de implementación a cinco años vista. Dicho plan de implementación deberá contener las estimaciones presupuestarias para cada ejercicio fiscal. Dichas estimaciones deberán incluirse en el proyecto de presupuesto que el Ministerio de Finanzas Públicas presente al congreso para su aprobación.

Artículo 54. Vigencia. El presente decreto entra en vigor ocho días después de su publicación en el Diario Oficial.

REMITASE AL ORGANISMO EJECUTIVO PARA SU SANCION, PROMULGACION Y PUBLICACION.

EMITIDO EN EL PALACIO DEL ORGANISMO LEGISLATIVO, EN LA CIUDAD DE GUATEMALA, A LOS __ DEL MES DE. __ DEL AÑO DOS MIL __.



CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Diputados Ponentes



Laura Fabiola Marroquín Cordón
MOVIMIENTO SEMILLA
Diputada al Congreso de la República

Samuel Pérez Álvarez
MOVIMIENTO SEMILLA
Diputado al Congreso de la República

Brenda Marleny Mejía López
MOVIMIENTO SEMILLA
Diputada al Congreso de la República

Andrea Beatriz Villagrán Antón
MOVIMIENTO SEMILLA
Diputada al Congreso de la República

Román Wilfredo Castellanos Caal
MOVIMIENTO SEMILLA
Diputado al Congreso de la República

Raúl Amílcar Barrera Robles
MOVIMIENTO SEMILLA
Diputado al Congreso de la República

Elena Sofía Motta Kolleff
MOVIMIENTO SEMILLA
Diputada al Congreso de la República

José Carlos Sanabria Arias
MOVIMIENTO SEMILLA
Diputado al Congreso de la República

Ronalith Iván Ochaeta Aguilar
MOVIMIENTO SEMILLA
Diputado al Congreso de la República



CONGRESO DE LA REPÚBLICA



Mirna Victoria Godoy Palala
MOVIMIENTO SEMILLA

Diputada al Congreso de la República



Byron Alesky Obregon Castañeda
MOVIMIENTO SEMILLA

Diputado al Congreso de la República



Ivanna Maria Luján Padilla
MOVIMIENTO SEMILLA

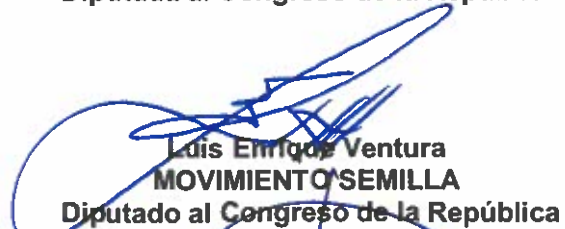
Diputada al Congreso de la República



Alma Luz Guerrero De La Cruz
MOVIMIENTO SEMILLA

Diputada al Congreso de la República

David Mauricio Illescas Sandoval
MOVIMIENTO SEMILLA
Diputado al Congreso de la República



Luis Enrique Ventura
MOVIMIENTO SEMILLA
Diputado al Congreso de la República



Andrea Maria Reyes Aceña
MOVIMIENTO SEMILLA
Diputada al Congreso de la República



Manfredo Duvalier Castañón González
MOVIMIENTO SEMILLA
Diputado al Congreso de la República



Luis Antonio Cáceres Gamarro
MOVIMIENTO SEMILLA
Diputado al Congreso de la República




Olga Isabel Villalta Pereira
MOVIMIENTO SEMILLA
Diputada al Congreso de la República



CONGRESO DE LA REPÚBLICA

José Diego Toledo Cruz
MOVIMIENTO SEMILLA
Diputado al Congreso de la República

Raúl Armando Cárdenas Tumin
MOVIMIENTO SEMILLA
Diputado al Congreso de la República


Mercedes del Rosario Monzón
MOVIMIENTO SEMILLA
Diputada al Congreso de la República

José Orlando Pérez Marroquín
MOVIMIENTO SEMILLA
Diputado al Congreso de la República