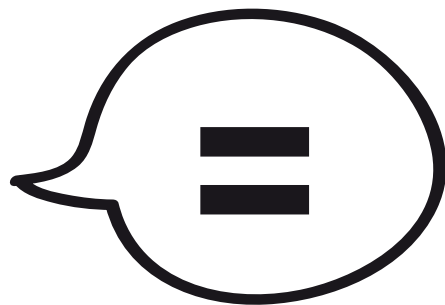


Derechos Humanos y Salud Mental en Andalucía

Protección de los Derechos Humanos de
las personas con trastorno mental en el
marco de la Convención de Derechos de
las Personas con Discapacidad

*Resultados del Grupo de trabajo
Derechos Humanos y Salud Mental*

Plan Integral de Salud Mental de Andalucía
Consejería de Salud y Bienestar Social



Derechos Humanos y Salud Mental en Andalucía

***Protección de los Derechos Humanos
de las personas con trastorno mental en el marco de la
Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad***

Resultados del Grupo de trabajo *Derechos Humanos y Salud Mental*

PLAN INTEGRAL DE SALUD MENTAL DE ANDALUCÍA

Consejería de Salud y Bienestar Social



Este logo de Creative Commons indica que este documento tiene todos los derechos reservados y que puede ser compartido en Internet bajo estas condiciones: indicando siempre la autoría, que no se haga un uso comercial y que se vuelva a compartir en las mismas condiciones.

Edita: Plan Integral de Salud Mental de Andalucía. Consejería de Salud y Bienestar Social

Coordina: Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud y Bienestar Social

Maquetación: Juan Antonio Castillo, Consultoría EASP

Diseño de cubierta: Laura Apolonio

Título ilustración de cubierta: "Sea cual sea tu identidad y sean cuales sean tus emociones, tienes los mismos derechos"

Depósito Legal: Gr 3253-2012

Todos los derechos reservados

Redacción

Águila Bono del Trigo (Profesora. Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud y Bienestar Social)
Bibiana Navarro Matillas (Profesora Colaboradora. Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud y Bienestar Social)
Amets Suess (Técnico. Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud y Bienestar Social)

Grupo de Derechos Humanos y Salud Mental

José Manuel Arévalo López (Usuario. Presidente Federación Andaluza de Asociaciones de Usuarios/as de Salud Mental En Primera Persona)
María José Ariza Conejero (Enfermera especialista en salud mental. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental Hospital de Virgen de Valme. Servicio Andaluz de Salud)
Águila Bono del Trigo (Socióloga. Profesora Área Ciudadanía, Ética y Participación. Escuela Andaluza de Salud Pública)
Carlos Dueñas Abril (Psiquiatra. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental. Hospital de Virgen Macarena. Servicio Andaluz de Salud)
Pablo García-Cubillana de la Cruz (Enfermero especialista en salud mental y Psicólogo. Programa de Salud Mental. Servicio Andaluz de Salud)
Evelyn Huizing (Enfermera especialista en salud mental. Programa de Salud Mental. Servicio Andaluz de Salud)
Vicente Ibáñez Rojo (Psiquiatra. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental Hospital Torrecárdenas. Servicio Andaluz de Salud)
Ana Martín Mingorance (Abogada. FEAFES-Andalucía)
Bibiana Navarro Matilla (Psicóloga. Profesora colaboradora de la Escuela Andaluza de Salud Pública)
Javier Romero Cuesta (Psiquiatra. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental Intercentros de la provincia de Huelva)
Fernando Santos Urbaneja (Fiscal. Fiscalía de Córdoba)
Teresa del Sol Chicharro (Terapeuta Ocupacional. Ex-Responsable Provincial de Málaga. Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental)

Revisión

Rafael del Pino López (Psiquiatra. Director del Plan Integral Salud Mental de Andalucía)
Gonzalo Fernández Regidor (Sociólogo. Jefe de Servicio del Programa de Salud Mental. Servicio Andaluz de Salud)
Andrés López Pardo (Psiquiatra. Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental)

Plan Integral de Salud Mental de Andalucía
Consejería de Salud y Bienestar Social

PRESENTACIÓN

Debido a su patología, las personas con trastorno mental siguen sufriendo problemas de exclusión de la sociedad y muchas de ellas son susceptibles de que sus derechos humanos sean violados en diferentes esferas de sus vidas. Por paternalismo, prejuicio o ignorancia, esta situación puede darse también en la atención que prestamos en la Red de Servicios Públicos de Salud Mental de Andalucía.

Si nuestro objetivo fundamental como profesionales de la salud mental es mejorar la calidad de los servicios prestados a las personas que atendemos, es necesario que enfoquemos nuestros esfuerzos en la protección de sus derechos fundamentales. Para luchar contra el estigma y promover la recuperación debemos conocer y proteger sus derechos. Es necesario que tomemos conciencia de que con algunas prácticas podríamos estar violando los derechos de las personas con trastorno mental.

El Grupo de trabajo “Derechos Humanos y Salud Mental de Andalucía”, creado en el marco del Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012, se establece con el objetivo de analizar y atender la posible vulneración de los derechos de las personas con trastorno mental. Analizando el cumplimiento de los artículos expresados en la *Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad*, el proyecto *Protección de los Derechos humanos de las personas con trastorno mental* ha servido para que el Grupo de trabajo identifique tanto situaciones de vulneración de esos derechos como medidas de protección que mejoren su garantía.

Legisladores, gestores, profesionales, personas usuarias y familias damos por válidas decisiones y pautas de comportamiento que a veces implican una vulneración de derechos, por lo que es necesario sensibilizar a todas las partes implicadas en cual es su papel en la protección de los derechos humanos de las personas con trastorno mental. El trabajo presentado en este informe pretende contribuir a este cometido.

Rafael del Pino López

Director del Plan Integral de Salud Mental de Andalucía

Índice

Resumen	6
Introducción	12
Estado de garantía vs. vulneración de los derechos de las personas con enfermedad mental.....	17
1. Discapacidad y salud mental.....	20
2. Los derechos humanos de las personas con discapacidad	21
3. Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad	22
4. La protección los derechos humanos de las personas con discapacidad: regulación normativa .	24
5. La vulneración de derechos en los recursos y dispositivos de salud mental	27
5.1 Vulneración del derecho al consentimiento.....	29
5.2 Vulneración del derecho a la protección de la salud.....	34
6. La protección de derechos en los recursos y dispositivos de salud mental.....	35
Ejemplos de vulneración de derechos en los dispositivos y recursos para personas con trastorno mental en Andalucía.....	39
1. Revisión de la CDPD.....	40
2. Ejemplos de vulneración	42
Medidas para garantizar los derechos de las personas con trastorno mental	51
1. Medidas globales.....	51
2. Medidas específicas.....	55
Anexos	68
Referencias bibliográficas.....	80

Resumen

El proyecto *Protección de los Derechos humanos de las personas con trastorno mental en la red de servicios públicos de salud mental de Andalucía* surge ante la necesidad de analizar y atender la posible vulneración de los derechos de las personas con trastorno mental y establecer mecanismos de garantía de los mismos, ya que muchas personas con trastorno mental siguen sufriendo problemas de exclusión de la sociedad debidos a su patología y muchas de ellas son susceptibles de que sus derechos humanos sean violados.

Tras la aprobación por España de la **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD)**¹, el **Plan Integral de Salud Mental de Andalucía**, crea el **Grupo de Derechos Humanos y Salud Mental** para analizar y proponer medidas que garanticen que los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental atendidas en los recursos públicos sean respetados, protegidos y cumplidos tal como se exige en la CDPD.

Uno de los principales obstáculos para garantizar que se respeten los derechos humanos de las personas con trastorno mental, es la falta de conocimiento de la regulación normativa que existe a nivel internacional que exige su garantía, especialmente la CDPD. Además, existe también una falta de desarrollo normativo a nivel nacional y regional de lo expresado en la CDPD, que está impidiendo la aplicación práctica de los derechos formulados en la misma.

Es necesario tomar conciencia de las nuevas formas en las que se violan los derechos de las personas con trastorno mental que permanecen en unidades, dispositivos o recursos en los que viven, o permanecen por algún tiempo, incluso aquellas con las que se relacionan, aunque no residan en las mismas, como unidades de salud mental comunitaria, hospitales de día, unidades de rehabilitación, talleres ocupacionales, etc. Es necesario velar, como una exigencia ética, porque las prácticas profesionales garanticen que los derechos humanos de las personas atendidas en cualquiera de los recursos existentes sean respetados, protegidos y cumplidos.

El Grupo Derechos Humanos y Salud mental, en sus sesiones a lo largo de 2011, se propone los siguientes cometidos:

- Analizar y debatir sobre la garantía de los derechos humanos en los recursos y dispositivos dirigidos a las personas con enfermedad mental, según la CDPD.
- Identificar situaciones de vulneración de los derechos formulados en la CDPD.
- Identificar medidas específicas y medidas globales de protección que mejoren la garantía de los derechos formulados en la CDPD

Principales reflexiones realizadas por el grupo:

La CDPD supone un nuevo paradigma en la protección de los derechos de las personas con discapacidad y las personas con problemas de salud mental tienen derecho a beneficiarse de este cambio de paradigma. La CDPD obliga a tomar medidas normativas relacionadas con la capacidad jurídica, que supondría mayores garantías en todo lo que se relaciona con la capacidad (apoyos para la toma de decisiones que respeten la autonomía y las preferencias de las personas, ingresos involuntarios, uso de medidas coercitivas, etc.).

Todavía existe una visión de la discapacidad obsoleta, basada en modelo médico tradicional y paternalista, que es necesario dirigir hacia el modelo social de discapacidad, que entiende que la discapacidad *“no reside en la persona sino en el entorno que no le permite desarrollar sus potencialidades”*².

Es importante reemplazar los procedimientos basados en la identificación de la incapacidad y en la sustitución de la voluntad de la persona, por sistemas que en su lugar potencien la voluntad y establezcan la provisión de apoyos, flexibles y adecuados a cada persona, a cada decisión concreta y a cada momento.

Es fundamental que los propios profesionales sean conscientes de que se vulneran derechos con ciertas prácticas. Los aspectos más delicados de las prácticas realizadas en los servicios de salud mental se relacionan con los ingresos involuntarios y el uso de las contenciones mecánicas. Algunos informes recientes basados en auditorías de estas prácticas, ponen de manifiesto la gran variabilidad y en cierto modo arbitrariedad en su uso, pudiendo ello suponer una vulneración de varios de los derechos expresados en la CDPD.

Hay que facilitar el conocimiento de los propios derechos a las personas afectadas para que puedan defenderlos. El movimiento asociativo tiene que jugar un papel reivindicativo y de difusión importante.

La creación de una ley específica para la salud mental que suponga una mayor protección de derechos, sigue siendo un tema de debate con ventajas e inconvenientes. El temor a que la existencia de la misma aumente el estigma ha sido el motivo principal por el que no se ha luchado para que exista; pero posiblemente ello haya revertido en una mayor invisibilidad para las personas con discapacidad causada por la enfermedad mental.

Los derechos de la CDPD en los que se encontraron más ejemplos de vulneración y por tanto se identificaron más medidas específicas para garantizarlos, fueron:

- Artículo 12. Igual reconocimiento como persona ante la ley (ejemplo: Tratamiento a priori de la persona como incapaz, Abuso de la incapacitación)
- Artículo 13. Acceso a la justicia (ejemplo: Falta de acceso a asistencia jurídica y representación durante el ingreso)
- Artículo 14. Libertad y seguridad de la persona (ejemplo: Abuso de Ingresos involuntarios y de medidas coercitivas)
- Artículo 15. Protección contra la tortura... (ejemplo: Normas inflexibles orientadas a facilitar el trabajo de personal, Aislamiento telefónico, etc.)
- Artículo 17. Protección de la integridad personal (ejemplo: Objetos personales no permitidos e inexistencia de espacios para guardarlos de forma segura, Aplicación inadecuada de protocolos de contención, etc.)
- Artículo 21. Libertad de expresión y de opinión... (ejemplo: Inexistencia de participación en la toma de decisiones: intervenciones, tratamientos, en la mejora de los servicios)

- Artículo 22. Respeto a la privacidad (ejemplos: Inexistencia de espacios privados e íntimos y existencia de cámaras de vigilancia en las habitaciones, restricciones en el uso de teléfono, ordenador, visitas...)

Entre las medidas específicas propuestas por el grupo, se destacan las siguientes:

Medidas de formación y sensibilización:

- Cursos específicos sobre valoración de capacidad.
- Cursos de formación sobre el concepto de capacidad (según la CDPD y la Ley de autonomía del Paciente).
- Promover “Sesiones clínicas” sobre efectos de la medicación, rechazo del tratamiento y medidas coercitivas.
- Aprovechar espacios de coordinación del equipo para trabajar la toma de decisiones compartidas, la discusión y el apoyo mutuo entre profesionales respecto a la restricción física.
- Trabajar el ambiente relacional en sesiones clínicas: Mostrar cercanía; no realizar juicios de valor; tener capacidad de empatizar; ser respetuoso/a con los deseos y necesidades de los y las pacientes; estar formado/a en establecer relaciones de tipo colaborativo.
- Formación en modelo de decisiones compartidas y derecho a la información.
- Formación a profesionales sobre confidencialidad y privacidad.

Medidas sobre ingreso involuntario:

- Revisar la resolución del Servicio Andaluz de Salud de 2002 sobre atención de urgencias, traslados e ingresos de pacientes psiquiátricos (según CDPD y Ley de Autonomía del Paciente) y asegurar su aplicación. Todas las actuaciones deben estar reflejadas por escrito y firmadas por el/la facultativo/a de referencia.
- Facilitar, con prontitud, feedback a los profesionales y a los representantes de pacientes y familiares (p.e. auditorias sobre ingresos involuntarios realizadas en 2010 por el Servicio de Inspección Médica de la Consejería de Salud).
- Creación de una comisión conjunta con la Administración de Justicia que revise la situación actual e inste a jueces a revisar los ingresos involuntarios desde la perspectiva CDPD.

- Teléfono para asistencia a pacientes que hagan consultas en relación a sus derechos en los Ingresos.
- Disposición de un abogado de oficio a los pacientes con ingreso involuntario.

Medidas sobre aislamiento y contención mecánica:

- Facilitar, con prontitud, feedback a los profesionales y a los representantes de pacientes y familiares (p.e. auditorias sobre contención mecánica realizadas en 2010 por el Servicio de Inspección Médica de la Consejería de Salud).
- Protocolizar que cualquier medida de aislamiento tenga registro en Historia Clínica y que se obligado argumentar su decisión.

Medidas relacionadas con el uso y efectos de medicación:

- Grupo de trabajo de Buenas prácticas en UHSM con participación de usuarios: uso y efectos de la medicación, uso de medidas de privación de libertad.
- Protocolo para garantizar el derecho de rechazar tratamiento a través de consentimiento informado escrito y firmado.
- Añadir al decreto de Segunda Opinión Médica el diagnóstico de Trastorno Mental Grave.
- Asegurar la asignación de profesionales referentes a cada paciente, tanto personal facultativo como de cuidados, que se hagan cargo de la valoración, seguimiento y continuidad de cuidados del paciente.

Medidas sobre alternativas a la medicación:

- Incrementar la oferta de psicoterapias y de intervenciones psicoeducativas en los dispositivos sanitarios
- Crear y facilitar a usuarios y familias material por escrito sobre enfermedad, síntomas, servicios y tratamientos, disponible en los dispositivos. Ofrecer esta información también de forma oral.

Medidas sobre trato:

- Auditoría de Historias Clínicas: detección de posibles situaciones degradantes.

- Estudiar en las Comisiones de Participación Ciudadana de las Unidades de Gestión Clínica reclamaciones y acusaciones sobre trato incorrecto.
- Disponibilidad de Hojas de reclamación y/o denuncia sobre trato incorrecto: visibles (p.e. cartelería) y comprensibles.

Medidas sobre libertad de expresión y acceso a información:

- Diseñar un formato de voluntades anticipadas en salud mental, en el marco de Plan Individualizado de Tratamiento (PIT), e incluirlo en la Historia Clínica.
- Asegurar la asignación de profesionales referentes y la participación activa de los pacientes en los planes de tratamiento (que no se asegura exclusivamente con la firma del Plan Individualizado de Tratamiento por parte del paciente).
- Promover la recogida de opinión de usuarios: estudios cualitativos, encuestas de satisfacción al alta, reclamaciones, buzones de sugerencias.

Medidas sobre privacidad y comunicación exterior:

- Facilitar un espacio tranquilo con garantías de privacidad para recibir visitas, rezar, meditar, tener relaciones íntimas... En el caso de los dispositivos de media estancia, facilitar el acceso a los dormitorios durante el día, salvo contraindicaciones terapéuticas, específicamente argumentadas en la historia clínica.
- Facilitar la comunicación con el exterior.
- Facilitar la disponibilidad de espacio personal (mesitas de noche y armarios) para pertenencias personales con llave (custodiada por el personal y disponible salvo contraindicaciones terapéuticas, específicamente argumentadas en la historia clínica).
- Informar en lugar visible de la existencia de cámaras donde la normativa lo autorice. Existencia de normas de uso de cámaras. Uso del Consentimiento informado cuando la normativa así lo establezca.

Medidas sobre integridad personal:

- Grupo de mejora para realizar recomendaciones sobre vestimenta, intimidad y comunicación exterior: vestimenta inapropiada, obligación de desvestirse, privacidad e intimidad, retención de objetos personales, aislamiento telefónico, rigidez de horarios.

Las medidas globales que fueron consideradas más importantes y viables por los miembros del Grupo son: desarrollo de una línea estratégica de Derechos Humanos en el futuro Plan Integral de Salud Mental de Andalucía; creación de un Comité permanente para Proteger los Derechos Humanos; desarrollar una Carta de Derechos y Responsabilidades de los usuarios de los servicios de salud mental; elaboración de una Guía para Profesionales de Salud Mental sobre cómo proteger los derechos humanos del usuario; y la aplicación de un procedimiento sencillo y accesible para denunciar los posibles abusos y vulneración de los mismos.

Por último reseñar que el grupo mostró amplio consenso en la necesidad de diseñar y llevar a cabo un proyecto de investigación que profundice en la vulneración vs garantía de derechos en la red de servicios públicos de salud mental de Andalucía, al objeto de conocer de forma rigurosa la frecuencia e importancia de las posibles vulneraciones que puedan acontecer.

Introducción

El segundo Plan Integral de Salud Mental, PISMA 2008-2012³, hace hincapié en que persisten la estigmatización, la discriminación y la falta de respeto por los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastorno mental. Dentro de las áreas de mejora detectadas, un aspecto que se cita es la protección de los derechos de estas personas. Particularmente, el quinto objetivo general del segundo Plan es mejorar la calidad de vida de las personas con trastorno mental y de su entorno, y velar por el cumplimiento de sus derechos.

El recién aprobado II Plan de Acción Integral para Personas con discapacidad de Andalucía (II PAIPDA)⁴, fue concebido de conformidad con la CDPD, y es un instrumento que promueve la puesta en marcha de acciones destinadas a una mayor garantía de protección.

En el año 2011, el II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía, crea el Grupo de Trabajo “Derechos Humanos y Salud Mental en Andalucía”, que está constituido por los siguientes perfiles^a:

- 5 Profesionales de los Servicios de Salud Mental (Enfermería y Psiquiatría)
- 1 Profesional de la Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental
- 1 Profesional del ámbito de la Judicatura
- 1 Representante del Movimiento Asociativo de usuarios/as de los servicios de salud mental.
- 1 Representante del Movimiento Asociativo de Familiares
- 2 Profesionales del Programa de Salud Mental (Servicio Andaluz de Salud)
- 2 Profesionales del Área de Ciudadanía y Ética de la Escuela Andaluza de Salud Pública (Sociología y Psicología)

^a Siguiendo las directrices de la OMS se recomienda para constitución de un grupo cuyo objetivo sea la elaboración de recomendaciones de cambio en los códigos de práctica que brinde una protección efectiva, que su composición mínima debe incluir profesionales (por ejemplo, especialistas en salud mental, derecho y trabajo social), representantes de usuarios de instituciones de salud mental, miembros que representan a familias de personas con trastornos mentales, activistas y legos.

El Grupo estuvo coordinado por el Programa de Salud Mental del Servicio Andaluz de Salud y la Escuela Andaluza de Salud Pública.

La finalidad del grupo fue la de realizar aportaciones y recomendaciones a las Administraciones Públicas de las que dependen los recursos y dispositivos de salud mental que sirviesen para mejorar la protección de los derechos humanos en los recursos y dispositivos destinados a las personas con enfermedad mental, partiendo de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad.

El grupo se constituyó con los siguientes objetivos:

- Fomentar el debate, la reflexión y la comunicación entre los diversos actores implicados que sirva para formular recomendaciones en la protección de los derechos humanos de las personas con trastorno mental en Andalucía.
- Identificar situaciones concretas en las que se puedan estar vulnerando los derechos e identificar ejemplos concretos de vulneración.
- Identificar buenas prácticas y posibles medidas específicas para tratar de evitar vulneraciones de derechos.
- Valorar la necesidad de poner en marcha medidas de sensibilización, formación u otras.
- Valorar la constitución de una comisión u otro tipo de medidas e instrumentos de protección de carácter global destinados a velar por los derechos humanos de las personas atendidas en los recursos y dispositivos de salud mental de Andalucía.

El primer cometido del grupo fue debatir sobre la posible situación de vulneración de los derechos de las personas con trastorno mental, en función del marco normativo y del contexto sociocultural. Para ello, se revisaron documentos institucionales y se realizaron búsquedas bibliográficas, que fueron debatidos en las distintas reuniones que el grupo mantuvo. El fruto de este trabajo, unido a las experiencias profesionales y personales de los miembros del Grupo, se recoge en el primer apartado de este informe.

El siguiente cometido del grupo fue la identificación individual de ejemplos de vulneración de derechos en los servicios sanitarios y recursos de apoyo social en cada artículo de la CDPD. Estos ejemplos también fueron debatidos grupalmente en reuniones presenciales.

Por último el grupo identificó medidas y recomendaciones para promover una mejor protección de los derechos recogidos en la CDPD, que fueron analizadas en función de su importancia y factibilidad.

La metodología utilizada para identificar los ejemplos de vulneración de derechos humanos no pretendía ser útil para determinar la frecuencia en la que la ocurre la vulneración, ni determinar el grado de su importancia respecto de otras posibles vulneraciones, sino abrir un espacio de reflexión sobre las diferentes formas de vulneración de derechos que se producen en la práctica, y servir de base para elaborar propuestas de medidas y recomendaciones.

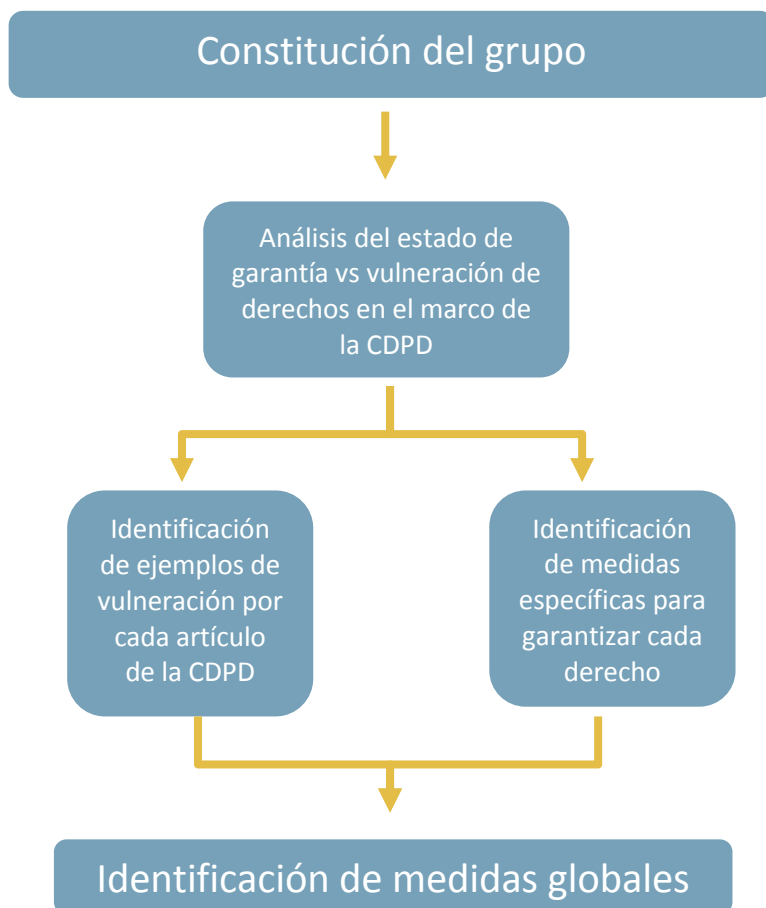
El proyecto se desarrolló a lo largo de 7 meses, desde junio hasta diciembre de 2011, durante este tiempo, el grupo de trabajo se ha reunido presencialmente en tres ocasiones:

1ª Revisión de los artículos, debate y conclusiones: Junio de 2011.

2ª Establecimiento de los principales derechos, recursos o dispositivos donde ese derecho puede ser revisado, aspectos concretos en los que se puede plasmar dicho derecho y ejemplos de vulneración del derecho: Octubre 2011.

3ª identificar medidas, a adoptar en caso de que el derecho sea susceptible de ser vulnerado: Diciembre de 2011.

Este informe presenta los principales resultados del trabajo realizado por el grupo. El recorrido de este trabajo podría resumirse de la siguiente manera:



Estado de garantía vs. vulneración de los derechos de las personas con enfermedad mental

A continuación se exponen los resultados obtenidos de los debates mantenidos en las reuniones del Grupo y de la revisión de la documentación sobre el estado de garantía versus vulneración de los derechos de las personas con enfermedad mental: las causas u orígenes, los aspectos culturales, la concepción de la discapacidad por trastorno mental, las prácticas profesionales, el contexto organizativo, el posicionamiento de usuarios/as y familias, el marco legislativo, etc.

La Organización Mundial de la Salud estima que una de cada cuatro personas tendrá problemas de salud mental a lo largo de su vida. A pesar de ello, muchas personas con trastorno mental siguen sufriendo problemas de exclusión de la sociedad y muchas de ellas permanecen vulnerables a que sus derechos humanos sean violados.

En la base de la vulneración de los derechos humanos de este colectivo está el estigma. Las falsas creencias y el miedo, respecto de las personas con discapacidad por enfermedad mental, llevan al estigma, el estigma a la discriminación, y ésta frecuentemente lleva asociada la vulneración de derechos como ciudadanos/as⁵.

En el ámbito de la salud mental existen algunos obstáculos para garantizar que se respeten los derechos. En primer lugar la falta de sensibilización sobre el respeto a los derechos humanos y la falta de conocimiento sobre regulación normativa que existe a nivel internacional que exige su garantía, no sólo por parte de la opinión pública, si no también por parte de los servicios de salud mental. Por otro lado, existe también una falta de desarrollo normativo para su desarrollo a nivel nacional o regional, que está impidiendo la aplicación práctica de este marco legislativo internacional.

El hecho de que la sociedad permita, y a veces apoye, la exclusión de las personas con problemas de salud mental, refuerza la diferencia de este colectivo respecto al resto de la ciudadanía. Existe una relación compleja e indivisible entre estigma, mejora de la atención socio-sanitaria y derechos humanos, por lo que resulta necesario trabajar de forma conjunta estas perspectivas⁶.

Según la Organización Mundial de la Salud, algunas de las peores violaciones de derechos de las personas con enfermedad mental se producen en el ámbito de los servicios sanitarios. En muchos países, incluso, la atención puede resultar dañina e ir en contra de la recuperación de la persona, realizarse a favor de que la persona esté “bajo control” y alejando la atención de la promoción de su autonomía y de la mejora de su bienestar y calidad de vida⁵.

Un porcentaje significativo de las personas que padecen problemas de salud mental, en muchos países son apartados de la sociedad, en mayor o menor medida, lo que supone que viven retirados de ella durante toda su vida o por períodos de mayor o menor duración. Se trata de personas que reciben atención y tratamiento en instituciones de diversa índole, entendiéndose por institución *cualquier lugar en el que personas que han sido etiquetadas de una discapacidad viven segregadas y / u obligadas a vivir juntas. Una institución es un lugar en el que las personas no tienen, o no se les permite ejercer un control sobre sus vidas y sus decisiones del día a día*⁷.

En Andalucía, afortunadamente, no existen instituciones cerradas en la red de servicios públicos de salud mental, como hospitales psiquiátricos, en las que las personas viven totalmente segregadas. Pero sí existen unidades en las que las personas tienen que permanecer por un periodo de tiempo a veces en contra de su voluntad. Nos referimos por ejemplo a las unidades de salud mental existentes en hospitales generales o, excepcionalmente, en comunidades terapéuticas.

Hay que considerar que las violaciones de los derechos humanos no son exclusivas de las instituciones cerradas, y desafortunadamente pueden ocurrir incluso cuando se han establecido una serie de servicios basados en la atención comunitaria^{7, 8}. En este sentido, las violaciones de los derechos humanos podrían darse en unidades de hospitalización psiquiátrica incluso en unidades de media estancia, como comunidades terapéuticas y también en centros de día y casas hogar, Estas situaciones tampoco son exclusivas de los establecimientos socio-sanitarios, y son susceptibles de ocurrir en otros contextos, como los educativos⁹, al igual que en los demás ámbitos tanto públicos como privados^{10, 11}.

El maltrato, el *distrato*, la violencia y el sufrimiento, a menudo se explican por la reproducción de prácticas manicomiales, *viejos problemas con nuevas formas*⁸, incluso en el ámbito de los servicios comunitarios.

Es necesario tomar conciencia de las *nuevas formas* en las que se violan los derechos de las personas que permanecen en estas unidades, dispositivos o recursos residenciales en las que viven, o permanecen por algún tiempo, incluso aquellas con las que se relacionan aunque no residan en las mismas, como hospitales de día, unidades de salud mental comunitaria, talleres ocupacionales, unidades de rehabilitación, etc. Es necesario velar, como una exigencia ética, porque las prácticas profesionales garanticen que los derechos humanos de las personas atendidas en cualquiera de los recursos existentes sean respetados, protegidos y cumplidos.

Muchas veces, existe una insensibilización respecto de los derechos, que lleva a que se acepten pautas de comportamiento profesional, que vulneren derechos, y que a menudo constituyen el elemento tácito esencial de la organización y como tales resulta difícil cuestionarlas¹².

Nunca debería perderse de vista la situación de especial vulnerabilidad de las personas que residen en recursos, y que en cualquiera de las decisiones que se adopten, se tome en consideración la condición de “persona” y la necesidad de garantizar que sean “ellas mismas” las que elijan el estilo de vida que desean llevar.

El hecho mismo de la organización residencial somete a una serie de condicionantes, o limitaciones de derechos, que se derivan de las necesidades de convivencia y de la propia organización. En un lugar en el que viven un grupo de personas, y trabajan otras, deben establecerse normas y reglas que hagan posible el funcionamiento del conjunto. Ello no significa que hay que regular todos los aspectos de la vida en el centro, y someter a todas las personas a las mismas pautas de atención, actividades y formas de vida. Es difícil evitar una organización disciplinada en exceso, basada en la realización de tareas idénticas en horarios marcados e inflexibles, que desemboca en una vida marcada por las rutinas¹².

Hay que generar cultura de práctica ética profesional, cuya base es el respeto hacia los derechos humanos de este colectivo. A veces el descuido y el abuso acontecen de forma impune, o pasan desapercibidos por lo que no se hace nada por evitarlo⁷. El mayor riesgo de abuso y maltrato

reside en la propia relación asimétrica que se establece entre una persona que necesita cuidados y otra persona que tiene la posibilidad de satisfacer esos cuidados^{13, 14, 15}.

1 Discapacidad y salud mental

La discapacidad es un concepto que evoluciona¹⁶ y que resulta de la interacción entre las personas y los obstáculos o limitaciones existentes en el entorno, que impiden su participación plena y efectiva en la sociedad. En 2001 la OMS utiliza ya el término discapacidad entendiéndola desde el punto de vista de la interacción del déficit de la persona con factores contextuales, que incluyen los actitudinales¹⁷. Denota los aspectos negativos de la interacción de un individuo (con un cuadro de salud particular) y los factores contextuales de ese individuo (factores ambientales y personales)¹⁸.

Desde esta perspectiva la discapacidad no se entiende de forma exclusiva como un problema de la persona causado por la enfermedad, si no que pone gran énfasis en los obstáculos y actitudes sociales del entorno, como causa de la desigualdad para la participación en relación al resto de las personas^{19, 20}.

En el caso de las discapacidades por trastornos mentales, de igual modo, en numerosas ocasiones, no es la discapacidad la que impide la participación de la persona, sino las limitaciones o actitudes del entorno las que la dificultan. Cuando hablamos de participación, lo hacemos en el más amplio sentido de la palabra, en la que se incluyen aspectos relacionados con que los deseos, metas y objetivos de las personas en sus vidas cotidianas. Se trata de respetar su dignidad, su autonomía e independencia y respetar sus propias decisiones.

El término “discapacidad mental” es útil para la protección positiva de derechos al asegurar que se incluye a todas las personas con discapacidad, independientemente de su gravedad¹⁸.

2 Los derechos humanos de las personas con discapacidad

En 1948, las Naciones Unidas (ONU) adoptó la Declaración Universal de los Derechos Humanos²¹, que dio origen al movimiento internacional de derechos humanos. Desde entonces, otros acuerdos, declaraciones, directivas y recomendaciones han sido adoptados por la ONU y puesto que la mayoría de los Estados forman parte de las Naciones Unidas, éstos han sido ratificados por los Estados, en lugar de que se les haya impuesto de forma externa.

La *Convención de la ONU contra la Tortura*²², de 1984, establecía una protección sustancial contra la tortura, los tratos inhumanos, crueles o degradantes. Se plasmó en el *Protocolo de la Convención contra la Tortura*²³ que no establecía ningún derecho fundamental, sino la creación de un órgano de vigilancia, el Subcomité de las Naciones Unidas para la Prevención de la Tortura²⁴, que obligaba a los Estados a establecer mecanismos preventivos nacionales que supervisaran los derechos de las personas en las instituciones, incluidas la cárceles y comisarías de policía, incluyendo aquellas instituciones relacionadas con la salud mental y de atención social.

El último tratado de la ONU sobre derechos humanos es la *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* (CDPD). La CDPD representa la más alta aspiración de realización de los derechos humanos de las personas con discapacidad y supone el logro de muchas de las reivindicaciones históricas de las personas con discapacidad.

La CDPD es fruto del cambio en la conceptualización de la discapacidad, que supone que sea abordada como una cuestión de derechos humanos, y que sea entendida desde el modelo social de discapacidad²⁵. La CDPD, supone el reconocimiento explícito de que la discapacidad es un motivo de discriminación.

La CDPD supone un nuevo paradigma partiendo de derechos fundamentales de los que todos los seres humanos son titulares. Las personas con enfermedad mental tienen derecho a beneficiarse de este cambio de paradigma, y es necesario reflexionar y sensibilizar sobre los valores éticos que sustentan tales derechos.

3 Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

La Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) fue aprobada el 13 de diciembre de 2006 por la Asamblea General de las Naciones Unidas y entró en vigor el 3 de Mayo de 2008.

La CDPD es el primer tratado integral de derechos humanos del siglo XXI y es la primera convención de derechos que está abierta a la firma de organizaciones regionales (como la Unión Europea). La Unión Europea aprueba la CDPD en Noviembre de 2009 (Diario Oficial de la Unión Europea 27.1.2010).

De *auténtico acontecimiento*²⁶ puede calificarse la promulgación en el seno de la ONU de este texto, que fue ratificado por España²⁷ con fecha el día 23 de Noviembre de 2007 y publicado en el Boletín Oficial del Estado nº 96 del día 21 de Abril de 2008. Se trata de un conjunto de principios y derechos, formulados con la amplitud propia de las Declaraciones Internacionales, que tienen como trasfondo y denominador común una auténtica revolución ética cual es, considerar las políticas relativas a las personas con discapacidad, no como una actitud graciable o altruista, algo recomendable, etc., sino como una rotunda exigencia basada en el respeto a los Derechos Humanos.

Se trata de un *instrumento* de derechos humanos con una dimensión explícita de desarrollo social. Adopta un enfoque amplio del concepto de discapacidad y reafirma que todas las personas con cualquier tipo de discapacidad son titulares de todos los derechos humanos y las libertades.

La CDPD no ofrece una definición explícita de qué entiende por discapacidad. En cambio, en la exposición de motivos se reconoce que *"la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras y actitudes del entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad en pie de igualdad con el resto de personas"*, en línea con la definición de la OMS en su Clasificación de deficiencias, discapacidades y minusvalías.

El concepto de discapacidad no es estable, sino que puede cambiar, y lo hace dependiendo del contexto en el que se halle la persona y de las condiciones socio-económicas y políticas. Lo que supone que si se eliminan actitudes y obstáculos ambientales y jurídicos, las personas con discapacidad podrían participar como miembros activos de la sociedad y ejercer sus derechos como cualquier otra persona.

El artículo 1 de la Convención define *persona* en lugar de discapacidad, diciendo que *"las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas de larga duración, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo, que al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás"*.

La Convención se aleja, por tanto, del modelo médico de discapacidad predominante, se aparta de la concepción las personas como objeto de intervención (de tratamiento, gestión, protección, ayuda, etc.). Por el contrario, asume el modelo social de discapacidad, que contempla a las personas con discapacidad como sujetos con derechos en igualdad de condiciones que el resto.

La Convención no limita su cobertura a un colectivo en particular de personas con discapacidad. Al contrario, en el artículo 1, dice que *"las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias, físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo"*, lo que significa que no existe una lista exhaustiva de discapacidades relacionadas con el bienestar físico, mental, intelectual y sensorial. Por tanto las personas con problemas de salud mental entran en el ámbito de la CDPD.

La CDPD expone el principio del respeto a la dignidad inherente de la persona, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas. También expone los principios de participación, respeto por la diferencia, y la no discriminación (CDPD Artículo 3 a, b, c y d). Refiere las obligaciones de los Estados, sobre la necesidad de adoptar medidas para modificar y derogar leyes o costumbres que constituyan discriminación contra las personas con discapacidad, que se tenga en cuenta al colectivo en todas las políticas y programas que traten de proteger y promover los derechos humanos.

En las obligaciones la CDPD expone que los Estados deberán emprender o promover la formación de los profesionales y el personal que trabaja con personas con discapacidad respecto a los

derechos que les amparan (4e), así como sensibilizar a todos los implicados, incluidos familias y profesionales, sobre la necesidad de respetar los derechos y la dignidad de estas personas (artículo 8-1a).

Los Estados deben respetar, proteger y hacer efectivos los derechos humanos. La obligación de respetar significa que los Estados no deben interferir o limitar el goce de los derechos humanos. Las administraciones públicas tienen la responsabilidad de respetar, proteger y garantizar el pleno disfrute de los derechos humanos, para todas las personas en su territorio, sin discriminación.

Antes de la CDPD, existían una serie de instrumentos que fueron adoptados para proteger y promover los derechos de las personas con discapacidad, a veces centrándose específicamente en personas con problemas de salud mental y, a veces, en las personas con discapacidad intelectual.

4 La protección los derechos humanos de las personas con discapacidad por trastorno mental: regulación normativa

Desde que 1975 que se firma la Declaración sobre los Derechos de las personas Impedidas²⁸ se han desarrollado una serie de instrumentos para la protección y promoción de los derechos de las personas con discapacidad (ver Anexo 1) como son el Programa de Acción Mundial para las Personas Impedidas²⁹ (1982) y los Estándares sobre la igualdad de oportunidades para las Personas con Discapacidad³⁰ (1993).

En relación a la protección los derechos humanos de las personas con enfermedad mental existen a su vez una serie de instrumentos específicos de protección de los derechos (ver Anexo 1). Los más destacados son:

- Principios para la Protección de las Personas con Enfermedades Mentales y la Mejora de la Atención de Salud Mental³¹ (1991).
- Directrices sobre los derechos humanos de las personas con trastornos mentales³² (1996a) de la OMS.
- Atención a la salud mental: diez principios básicos³³ (1996b).

Aunque estos documentos no eran legalmente vinculantes para los Estados, expresaban el compromiso moral y político de los mismos en el momento de su adopción, además de servir para el desarrollo normativo o la formulación de políticas relativas a las personas con discapacidad.

Sin embargo, estos documentos tienen serias limitaciones, ya que fueron adoptados con escasa participación de la sociedad civil y, en particular, de personas con problemas de salud mental⁷.

La mayoría de ellos, no permiten garantizar, por ejemplo, el derecho al consentimiento de tratamiento, proporcionando un grado menor de protección que la CDPD, en la medida en que ésta es jurídicamente vinculante.

En el ámbito europeo, el sistema de garantías en relación con las personas con trastornos mentales, presenta gran heterogeneidad de las respuestas nacionales al reconocimiento efectivo de estos tratados –teóricamente vinculantes-, recomendaciones –que en buena parte de los casos no pasan de la categoría de meras “invitaciones” a los Estados europeos (del Consejo de Europa más concretamente)-, sentencias –del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, cuyo grado de reconocimiento por los mecanismos judiciales internos de cada Estado en ocasiones adolece de importantes deficiencias³⁴. Pese a que, ya en 1990 en la Convención de Caracas³⁵, se declaraba que las legislaciones de los países deben ajustarse de manera que aseguren el respeto de los derechos humanos y civiles de las personas con enfermedad mental y promuevan la organización de servicios comunitarios de salud mental que garanticen su cumplimiento.

Entre las Recomendaciones del Consejo de Europa en materia de salud mental y de protección de los enfermos mentales, la más destacable es la Recomendación 2004³⁶, es muy detallada y constituye sin duda el principal referente en la protección de los derechos del paciente mental en el ámbito europeo. Consagra los principios de restricción mínima (art. 8), establece similares criterios para la aplicación del internamiento y del tratamiento involuntario (arts. 17-18). Restringe el empleo de otras medidas coercitivas (aislamiento y contención), exige control médico de tales medidas, la vigencia del principio de restricción mínima, la consignación por escrito y un seguimiento continuado (art. 27) e introduce la importancia de la valoración ética.

En el año 2009 el Comité de Ministros de la Unión Europea³⁷, con el ánimo de ofrecer a los Estados una herramienta que sirva para el seguimiento de la protección de derechos de las

personas con trastornos mentales, y con la idea de que les ayude a determinar el grado de cumplimiento de lo expresado en la Recomendación 2004, establece una nueva recomendación con la denominación expresa para la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas que padecen trastornos mentales. Esta recomendación es un instrumento a modo de lista de control formulado en términos de preguntas.

Sin embargo, en un documento del Alto Comisionado Derechos Humanos³⁸ considera que existen problemas de compatibilidad entre los *Mental Illness Principles* (Principios de Enfermedad Mental) y la Recomendación 2004 del Consejo de Europa, con la CDPD, ya que algunos principios están obsoletos, por ejemplo, respecto al consentimiento del tratamiento, capacidad jurídica y privación de libertad; y plantea escasa atención al ejercicio de derechos relacionados con derecho a la vida privada, a la familia y a la participación en la vida pública. Reivindica el desarrollo de claros estándares o criterios que permitan el respeto de los derechos en los servicios socio-sanitarios, no solo desde el punto de vista asistencial; también respecto a su calidad de vida y su vida en la comunidad. Además, la CDPD hace evidente que el desarrollo e implementación de sistemas de monitoreo de la calidad, debe incluir a las personas que reciben estos servicios (incluidos niños).

Por otro lado, algunas plataformas de representación, defensa y acción de la ciudadanía española con discapacidad, como Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) reclaman la necesidad de realizar una adaptación de la normativa española, porque la CDPD así lo demandaba³⁹. En agosto de 2011 se aprueba el Proyecto de Ley de Adaptación de la Normativa a la CDPD⁴⁰. Esta ley reforma veinte normativas para mejorar el acceso de las personas con discapacidad al empleo, la sanidad o el transporte. Además, en el plazo de un año, se insta a realizar la adaptación normativa en lo relativo al ejercicio de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad.

La conveniencia o no de una ley específica en España que vele por los derechos de las personas con enfermedad mental, fue debatida por el Grupo; existe un debate histórico en torno a realización de una Ley Integral que reconozca los derechos y deberes de las personas con enfermedad mental. Los opositores a la elaboración de una ley específica argumentan que no hacen falta más leyes, sino que se cumplan las que existen. Sin embargo, las iniciales y justificadas reticencias sobre la base de que podría potenciar el estigma, han ido desapareciendo y se plantea

que el argumento histórico de que una ley estigmatizaría más que protegería, está demostrándose obsoleto. Otros colectivos con discapacidad han ganado disponiendo de un marco protector específico; colectivos tradicionalmente marginados y vulnerables (menores, mujeres, personas con discapacidad intelectual, etc.) han conseguido sus Leyes-Marco de protección integral y recursos, mientras que las personas con trastorno mental continúan legislativamente “invisibles”⁴¹.

Como contrapunto a la experiencia española, Argentina ha promulgado la Ley de Salud Mental⁴² en la que se enfatiza que mejorar implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. Esta ley, claramente establece la defensa de los derechos de los pacientes con enfermedad mental. Conceptualmente se reemplaza el criterio de internación que obedecía a la noción de peligrosidad para sí o para terceros por la “constatación de riesgo cierto o inminente”. Los ingresos involuntarios (*internaciones involuntarias* en la ley argentina) quedan restringidos y sujetos a control por un Órgano de Revisión en el que participarán organismos de derechos humanos. Además, se parte de la presunción de capacidad de todas las personas. Esta ley obliga al Consentimiento informado con criterios de comprensión y legibilidad. Otro aspecto innovador de la ley es la ruptura con el orden legal basado en la psiquiatría, ya que promueve una atención interdisciplinaria.

5 La vulneración de derechos en los recursos y dispositivos de salud mental de Andalucía

Las personas con problemas de salud mental no sólo están expuestas a que se vulneren aspectos relacionados con los derechos humanos, sino que además su violación a menudo se ve agravada, puesto que no tienen posibilidad de denunciarlo. Esto ocurre de forma especial cuando tienen problemas de comunicación, lo que impide que puedan denunciar cualquier violación de derechos de la que hayan sido objeto.

Esta situación produce una gran invisibilidad sobre la vulneración de los derechos humanos en salud mental porque no hay denuncias⁴³, y lo que obliga a considerar la necesidad de estar especialmente vigilantes y actuar como defensores.

Algunas violaciones de derechos humanos podrían ser muy evidentes (por ejemplo que un profesional abusara de un/a paciente), por lo que resultaría fácil señalar al autor que lleva a cabo el abuso de forma intencionada, si se tiene conocimiento del hecho. Pero la realidad es muy distinta; en la mayoría de los casos, los abusos de derechos en el ámbito de la salud mental ocurren sin que haya una persona que sea directamente las responsable de los abusos. A menudo las violaciones de derechos son el resultado de prácticas erróneas, o de políticas o leyes que no se han aplicado de forma adecuada⁷.

En el ámbito de la salud mental, la mayor parte de las violaciones de los derechos humanos ocurren sin ninguna intención de causar daño, y desde luego sin que exista conciencia de que se está violando un derecho. En este sentido es importante señalar que velar por los derechos de las personas usuarias de los servicios, no significa *demonizar* a los proveedores de la atención. Velar por los derechos sirve para hacer conscientes a todos los implicados de que puede estar existiendo una violación de derechos, y que va en contra de la normativa vigente sobre derechos humanos⁷

Es fundamental ser conscientes de que el estigma, los prejuicios y falsas creencias en torno a la recuperación de estas personas, también afecta a la práctica profesional diaria, y puede suponer una vulneración de los derechos fundamentales de las personas⁴⁴. Es importante conocer el desarrollo normativo existente que trata de que se garanticen estos derechos, pero la mera existencia de códigos deontológicos, leyes y normas, no asegura, por sí misma, que se lleve a cabo una práctica ética por parte de los profesionales.

El efecto del estigma en la vulneración de derechos tiene como consecuencia que no se perciben a las personas como titulares de derechos.

El temor a las personas con enfermedad mental sustentado por las falsas creencias de que son violentos e imprevisibles, conduce al maltrato; puesto que se le teme, *no se le habla, no se le explica, no se le solicita el consentimiento* para los tratamientos y/o pruebas que se consideren necesarias, no se reconoce a la persona como portadora de derechos⁴⁵.

Además existe una ausencia de información y medios para reclamar derechos cuando son vulnerados. Sin embargo, el ignorar los derechos de las personas, conlleva mayor inseguridad y no

al revés. Además, es fundamental no establecer distinciones entre derechos y asegurar que planes y políticas se formulen con lenguaje y contenidos de DDHH y mecanismos fiables de verificación⁴⁶.

Podemos ejemplificar la restricción de derechos cuando se elimina o limita la posibilidad de las personas para tomar decisiones sobre aspectos cotidianos de su vida, cuando no se permite que las personas ejerzan control sobre su propia vida y sus decisiones del día a día, cuando existan restricciones para salir del lugar donde viven, cuando son trasladados de los servicios sin consultarles, cuando son obligados a la realización de todo tipo de actividades sin motivación y, también, cuando son sometidos a tratamiento médico contra su voluntad sin la suficiente información, o a asumir cambios en los tratamientos o intervenciones sin su consentimiento.

Las personas con discapacidad por enfermedad mental pueden ser objeto de limitaciones o restricciones de determinados derechos. Por ejemplo, retener de manera injustificada a una persona que ha sido diagnosticada con un problema de salud mental, aludiendo a la existencia de un supuesto riesgo para su propia seguridad o la de otras personas.

5.1 Vulneración del derecho al consentimiento

Algunos conflictos éticos, que suponen la vulneración de derechos en la atención a personas con enfermedad mental están asociados a las intervenciones en contra de la voluntad del paciente, como el uso de determinados tratamientos, la hospitalización involuntaria o el uso de medidas coercitivas.

La vulneración de estos derechos fueron debatidos en el grupo con gran intensidad debido a su complejidad, en la medida en que están muy internalizados en las prácticas profesionales, y que se interpreta, a menudo, que existen derechos confrontados; por ejemplo el derecho a la seguridad de la persona frente al derecho al respeto de su autonomía, en el caso de los ingresos involuntarios o el uso de medidas coercitivas. Aludimos a los ingresos involuntarios que se deciden ante situaciones de riesgo vital u otras situaciones en las que se está actuando para proteger la integridad de la persona.

La Subdirección de Inspección de Servicios Sanitarios de la Consejería de Salud y Bienestar Social realizó en 2010 una auditoría sobre la práctica de ingresos involuntarios según la normativa existente en las unidades de hospitalización de Salud Mental de Andalucía^b. Este informe pone de manifiesto la gran variabilidad en cuanto a la práctica de los ingresos involuntarios, lo que lleva a pensar que se podría estar vulnerando el derecho al consentimiento; los porcentajes de ingresos involuntarios sobre el total de los ingresos varían desde unidades de hospitalización, que tienen un porcentaje del 16% del total de ingresos, hasta otros que llegan al 87% del total de ingresos (periodo auditado: segundo semestre 2009).

En cuanto a la contención mecánica, se realizó una auditoría similar^c en todas las unidades de hospitalización de Andalucía, poniéndose de manifiesto que todas las UHSM utilizan un protocolo de contención mecánica (el 58% usa el protocolo según las instrucciones del Servicio Andaluz de Salud del año 2005 y el 42% usa protocolo propio), habiendo variabilidad importante en la frecuencia de uso. Así, el promedio de episodios mensuales registrados, en el caso de la contención mecánica, varía desde 4,5 a 34,41 en las unidades de hospitalización.

Independientemente de que las diferencias en los sistemas de registro, pudiera explicar parte de la gran distancia entre porcentajes de ingresos involuntarios y promedios de episodios de contención mecánica, el rango entre unas y otras unidades de hospitalización es tan grande, que conduce a pensar en la existencias de criterios arbitrarios o subjetivos que, en algunos casos, determina la decisión de estas medidas y la consecuente vulneración de derechos. Otra hipótesis para explicar las disparidades encontradas podría estar relacionada con la disponibilidad de recursos y/o modelos de trabajo. Por ejemplo, menos alternativas comunitarias o menor orientación comunitaria de los servicios y sus profesionales podría implicar más ingresos involuntarios; menos personal, habitaciones o salas mal diseñadas e inseguras, así como determinadas dinámicas de funcionamiento que condicionan el ambiente terapéutico de las unidades, podría implicar más episodios de contención mecánica.

^b Documento Interno del Servicio Andaluz de Salud (2011). Informe Andaluz de Evaluación de la aplicación de la normativa sobre ingresos involuntarios en las Unidades de hospitalización de Salud mental. Plan de inspección 2010. Remitido a las Unidades de Hospitalización de todas las Unidades de Gestión Clínica de S. M. de Andalucía, al objeto de que lleven a cabo acciones de mejora.

^c Documento Interno del Servicio Andaluz de Salud (2011). Informe Andaluz de Evaluación de la aplicación del protocolo de contención mecánica en las Unidades de hospitalización de Salud mental. Plan de inspección 2010. Remitido a las Unidades de Hospitalización de todas las Unidades de Gestión Clínica de S. M. de Andalucía, al objeto de que lleven a cabo acciones de mejora.

Un derecho transgredido muy habitualmente tiene que ver con el consentimiento del tratamiento, que implica que el profesional debe proporcionar información escrita y verbal a la persona en un lenguaje y formato que la persona lo entienda, y después solicitar su autorización, o rechazo, de cualquier tipo de tratamiento, medicación o intervención, sea de la índole que sea.

En España, aunque la Ley de Autonomía del Paciente⁴⁷ vela por este derecho, se producen vulneraciones de este artículo o interpretaciones del mismo que transgreden el principio de autonomía. En la Ley 26/2011⁴⁰ de adaptación normativa a la CDPD, el artículo 9 de la Ley de Autonomía del paciente se modifica y queda formulado así: *“(...) Si el paciente es una persona con discapacidad, se le ofrecerán las medidas de apoyo pertinentes, incluida la información en formatos adecuados, siguiendo las reglas marcadas por el principio del diseño para todos de manera que resulten accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad, para favorecer que pueda prestar por sí su consentimiento”*. En su reformulación parece que se planteó la protección de las personas con problemas sensoriales, más que la protección de las personas con problemas de salud mental, aunque desde luego una interpretación de este artículo les incluiría.

El derecho al consentimiento de tratamiento lleva a la evaluación de la competencia para decidir, que puede comprometer el libre ejercicio de la libertad⁴⁸. En la atención a este colectivo, se cuestiona con mucha más frecuencia que en la atención a otros pacientes la capacidad de la persona para tomar decisiones sobre su proceso de salud-enfermedad. Históricamente se ha tendido a identificar enfermedad mental con capacidad limitada, y enfermedad mental e incapacidad no deben ser entendidas como sinónimos.

Toda persona es capaz mientras no se demuestre lo contrario, no se puede decir de ninguna persona que es plenamente incapaz para todos los actos de su vida o plenamente capaz; se puede ser muy incapaz para algo y muy capaz para otra cosa. La capacidad hay que entenderla como la aptitud para entender la información referente a una decisión y para apreciar las consecuencias de tomar esa decisión concreta.

El procedimiento de incapacitación tal y como está concebido debería llevar al juez a no incapacitar ante la duda de evaluar la capacidad para realizar un acto, cuando se trata de trastornos de carácter fluctuante. En la práctica, es frecuente que se haga todo lo contrario; partiendo de la base de que se actúa a favor del paciente *es lo mejor para él* y para su seguridad.

El efecto que tiene para la persona que un juez la incapacite es *demoledor*. La realidad es que la mayor parte de las sentencias no promueven lo que la legislación está exigiendo, que es la autonomía de las personas con dependencia²⁶.

El Comité de Expertos de las Naciones Unidas que el pasado mes de Septiembre de 2011 examinó a España sobre el cumplimiento de la CDPD⁴⁹ señala sobre el ingreso involuntario que *“Le preocupa que, según se informa, se tienda a recurrir a medidas urgentes de internamiento que contienen solo salvaguardias ex post facto para las personas afectadas. Le inquietan igualmente los malos tratos de que, según se informa, son objeto las personas con discapacidad internadas en centros residenciales o en hospitales psiquiátricos”*. El Comité recomienda a España que revise sus disposiciones legislativas que autorizan la privación de libertad por motivos de discapacidad, incluidas las discapacidades mentales, psicológicas o intelectuales.

Además este Comité reprocha directamente al Gobierno español el retraso en aplicar una nueva legislación que *“regule el alcance y la interpretación del artículo 12 de la CDPD”*; y recomienda al Gobierno que *“revise las leyes que regulan la guarda y la tutela y que tome medidas para adoptar leyes y políticas por las que se reemplacen los regímenes de sustitución en la adopción de decisiones por una asistencia para la toma de decisiones que respete la autonomía, la voluntad y las preferencias de la persona”^d*.

Es obligado adaptarse al nuevo paradigma que propugna la CDPD y que el Gobierno español ha ratificado, y ello supondrá reemplazar la obsoleta visión de la discapacidad, basada en el modelo médico tradicional y paternalista, por otra basada en que la mayor parte de la discapacidad *“no reside en la persona sino en el entorno que no le permite desarrollar sus potencialidades”* (tal como propone el modelo social de discapacidad)². Para ello será necesario un cambio en la

^d El texto de las observaciones a este artículo es de enorme interés por lo que se entiende preciso transcribirlo íntegramente:

“33. El Comité observa que la Ley Nº 26/2011 establece un plazo de un año desde su entrada en vigor para la presentación de un proyecto de ley que regule el alcance y la interpretación del artículo 12 de la Convención. Preocupa al Comité que no se hayan tomado medidas para reemplazar la sustitución en la adopción de decisiones por la asistencia para la toma de decisiones en el ejercicio de la capacidad jurídica.

34. El Comité recomienda al Estado parte que revise las leyes que regulan la guarda y la tutela y que tome medidas para adoptar leyes y políticas por las que se reemplacen los regímenes de sustitución en la adopción de decisiones por una asistencia para la toma de decisiones que respete la autonomía, la voluntad y las preferencias de la persona. Se recomienda, además, que se proporcione formación sobre esta cuestión a todos los funcionarios públicos y otros interesados pertinentes.”

Puede consultarse el texto íntegro de las observaciones, en español, en:

<http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/Session6.aspx>

legislación que reemplace los procedimientos basados en la identificación de la incapacidad y en la sustitución de la voluntad de la persona, por sistemas que en su lugar potencien la voluntad de la persona y establezcan qué apoyos, flexibles y adecuados precisa cada persona, según la decisión concreta y el momento.

Según todos los informes emitidos con enfoque de derechos humanos y basados en lo promulgado en la CDPD, sería oportuno avanzar en el concepto de apoyos a la persona que sirvan para determinar cuáles son los elementos de ayuda, de colaboración, que serán útiles para facilitar que la propia persona con enfermedad mental exprese, identifique y tenga efecto, para garantizar la expresión plena de su capacidad jurídica. Si su situación transitoria de síntomas por su enfermedad mental no lo permite, habrán de proveerse instrumentos de apoyo que anticipen su voluntad cuando la persona se halla en disposición de hacerlo, de forma que siempre quede protegido su derecho a la autonomía cuando una crisis impida que ella misma decida.

De otro modo se correría el riesgo de tratar de acomodar las actuales figuras jurídicas existentes (tutor y curador, fundamentalmente), afirmando que nuestra legislación se adapta plenamente a las exigencias de la Convención, que bastaría con cierta voluntad de interpretación, y no serían necesarios cambios sustanciales de la legislación, en los términos que el Comité de Expertos de las Naciones Unidas propone⁴⁹.

Por último señalar que la toma de decisiones es un factor clave para el buen funcionamiento de la relación terapéutica como así establece el modelo de decisiones compartidas que se está extendiendo en la práctica sanitaria^{50, 51}. La falta de escucha está muy vinculada al modelo médico tradicional, que prioriza la opinión y las decisiones de quien posee el *saber médico* para determinar las intervenciones que deben llevarse a cabo y cuáles han de ser prioritarias, o únicas, a menudo primando el tratamiento farmacológico sobre cualquier otra alternativa. El problema reside en la falta de *espacios de autonomía y decisión*. La proliferación y diversificación de recursos debería estar acompañada de prácticas destinadas al *empoderar* a las personas usuarias¹⁵.

La OMS considera que el “empoderamiento” es un concepto esencial de la promoción de la salud mental. El empoderamiento de los individuos está dirigido a ayudar a la autodeterminación y

autonomía, para que pueda ejercer más influencia en la toma de decisiones sociales y políticas, y para aumentar su autoestima⁵².

Empoderar es una vía para proteger el derecho de autonomía de la persona con trastorno mental. Empoderar significa dar autoridad, delegar poder y desarrollar capacidades para la asunción de autonomía. La persona *empoderada* se sentirá motivada respecto a su desarrollo personal y ello implicará una mejora de sus expectativas en el proceso terapéutico. La *persona empoderada* asumirá que sus acciones y decisiones recibirán un acompañamiento en forma de soporte¹⁵.

5.2 Vulneración del derecho a la protección de la salud

La evidencia dice que las personas con enfermedad mental tienen peor salud que el resto de la población: mayor prevalencia, comorbilidad muy alta, mayores tasas de infecciones, de enfermedades cardíacas y respiratoria, mayor mortalidad (sobre todo cardiovascular), peor acceso a cuidados. En los servicios de salud mental a veces no se ofrece información adecuada a los pacientes o se atribuyen los síntomas físicos a su problema de salud mental^{7, 53, 54}.

Uno de los aspectos que explica este deficitario estado de salud, es la atribución de forma errónea de los síntomas (este fenómeno se conoce en inglés como “*diagnostic overshadowing*”), lo que conduce a no realizar las pruebas pertinentes para el diagnóstico de una dolencia en función de los síntomas físicos descritos por el paciente (y en lugar de ello atribuirlo a síntomas relacionados con su enfermedad mental). Otro aspecto que ocurre con relativa frecuencia es que no se proporciona información suficiente sobre las interacciones con otros medicamentos o sobre los efectos secundarios que provocan los fármacos. Otro ejemplo, se da especialmente, en los servicios de Urgencias, cuando el diagnóstico de enfermedad mental de un paciente provoca que se le derive a psiquiatría y no a la atención que requiera la dolencia física por la que ha acudido a los servicios de salud⁴⁸.

En un documental realizado por la estrategia anti-estigma 1decada4 de Andalucía, en el marco del II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía⁵⁵, se ponen de manifiesto las consecuencias sobre la salud general de las personas con enfermedad mental cuyo origen son falsas creencias y

prejuicios⁵⁶ que suponen una clara vulneración del derecho a la protección de la salud en igualdad de condiciones que cualquier otro/a ciudadano/a y que la CDPD promulga.

Una de las principales conclusiones alcanzadas en un estudio realizado en Asturias, sobre las deficiencias en relación a la atención integral de las personas con problemas de salud mental, es la insuficiente información que se facilita tanto sobre los derechos de ciudadanía como sobre los recursos, servicios y prestaciones existentes para la atención de las personas con problemas de salud mental⁵⁷.

El movimiento asociativo de usuarios y familiares de Andalucía, reivindica la puesta en funcionamiento de “Programas de Atención Domiciliaria” y de “Tratamiento Asertivo”, más información y comunicación, coordinación entre servicios, la puesta en funcionamiento de un teléfono específico, una atención inmediata y urgente en los servicios de urgencias, así como que exista una continuidad asistencial y de cuidados al alta del paciente, tal como queda proclamado en el artículo 22.3 del Estatuto de Andalucía^{58, 59}

6 La protección de derechos en los recursos y dispositivos de salud mental

Existen otras experiencias, en contraposición a lo expuesto en el anterior apartado, que suponen un esfuerzo para la defensa *activa* de los derechos de las personas con discapacidad.

La Guía “Defendemos nuestros derechos día a día” de FEAPS⁶⁰ está planteada desde el concepto de autodeterminación y calidad de vida, partiendo de los Derechos formulados en la CDPD. El documento está planteado con criterios de accesibilidad universal, y ofrece a las personas con discapacidad intelectual, información sobre sus derechos, instrumentos para evaluar su cumplimiento, e ideas para defenderlos y reivindicarlos. Es un material muy accesible para personas con todo tipo de discapacidades, bien elaborado, con ejemplos de vulneración, instrumentos autoaplicables, etc., que puede ser adaptable también al colectivo de personas con trastorno mental.

Otros documentos realizan un esfuerzo por acercar y dar a conocer los derechos de las personas usuarias, proporcionando más información a usuarios/as, familiares y profesionales, y reconociendo las necesidades específicas de las personas con enfermedad mental que son atendidas en los servicios, contribuyendo así a la necesaria eliminación de la indefensión y discriminación de las personas que están en situación de mayor vulnerabilidad⁶¹.

En los últimos años, se está avanzando en la defensa de los derechos de autonomía y decisión de los usuarios, mediante la elaboración de documentos que puedan recoger las instrucciones previas o voluntades anticipadas de las personas para momentos en los cuales no tengan control sobre sus vidas⁶². Pese a que no existe una experiencia consolidada en todo el territorio español, están surgiendo experiencias muy interesantes, como las que propone en Andalucía *En Primera Persona*, “Federación Andaluza de Asociaciones de Usuarios/as de Salud Mental”⁶³.

Existen otras guías dirigidas a usuarios que les ayuda a ejercer sus derechos, a la vez que pretenden sensibilizar sobre el respeto a la voluntad de los/as usuarios/as respecto a cuidados y tratamientos, orientando sobre cómo formular voluntades anticipadas, derecho a un representante en caso de incapacidad, etc. Los documentos tienen un formato de preguntas sencillas, respuestas fáciles, viñetas y ejemplos, que facilitan su comprensión^{64, 65}.

En el ámbito laboral, se han realizado otro tipo de guías, destinadas a ayudar a empleadores a adaptar las condiciones de trabajo a personas con enfermedad mental mediante la organización de los horarios, ausencias, descansos, teletrabajo, identificación de funciones esenciales, división trabajo pequeñas tareas, lista de tareas diarias, agenda con alarmas, organizadores electrónicos, y otras adaptaciones de las condiciones de trabajo y del puesto que aumenten la concentración y la memoria, y faciliten el control del cansancio y del estrés⁶⁶.

Es necesario, por otro lado, sensibilizar y formar a los profesionales, para avanzar en la defensa de los derechos de los pacientes y dar a conocer los documentos y protocolos que han sido diseñados en base a la evidencia y publicados recientemente por el Servicio Andaluz de Salud para conseguir dicho objetivo, como son el Protocolo de contención mecánica y el de Ambiente Terapéutico en Salud Mental^{67, 68, 69}.

Hay que promover la reflexión, formación y debate permanente que permitan crear “cultura de práctica ética” en servicios y profesionales, y favorecer la conciencia de responsabilidad en los profesionales sobre el comportamiento ético con cada paciente. También es importante difundir entre las personas con problemas de salud mental información sobre los derechos que legalmente les asisten y a qué instancias recurrir en caso de que se vulneren.

Como se recoge en el Libro Verde⁷⁰ de la Comisión de las Comunidades Europeas titulado “Mejorar la Salud Mental de la Población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental”, *“sin salud mental no hay salud. Para los ciudadanos constituye el recurso que les permite desarrollar su potencial intelectual y emocional, así como encontrar y desempeñar su papel en la sociedad, la escuela y el trabajo. Para las sociedades, la salud mental de sus ciudadanos contribuye a la prosperidad, la solidaridad y la justicia social.”*.

Trabajar con personas especialmente vulnerables y cuyos derechos, con frecuencia, son vulnerados, requiere tener siempre presente la *dimensión de lo humano* y consecuente con ello el respeto⁷¹, la dignidad y la defensa en todo momento de los derechos humanos y la ética del cuidar como sostén de la ciudadanía. En los cuidados⁷² la relación es una condición indispensable para el ofrecimiento de un trato digno y respetuoso. Cuidar está en los fundamentos de la conciencia de ciudadanía⁷³ y de la percepción del otro y de nosotros mismos como sujetos vulnerables.

El segundo Plan Integral de Salud Mental de Andalucía, PISMA 2008-2012³, pone énfasis en la necesidad de protección de los derechos de las personas con enfermedad mental, concretamente en el quinto objetivo, expresa la necesidad de mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedad mental y de su entorno, y de que se vele por el cumplimiento de sus derechos. De ahí, la pertinencia y vigencia del presente proyecto.

Por otro lado, hay que considerar un avance el que los países que han ratificado tratados de derechos humanos tendrán la obligación de proteger, respetar y satisfacer los derechos que se encuentran establecidos en tales instrumentos a través de legislación, políticas y otras medidas¹⁷.

El II Plan de Acción Integral para Personas con discapacidad de Andalucía (II PAIPDA)⁷⁵, fue concebido de conformidad con la CDPD y algunos de sus principios se relacionan de forma especial con la protección de derechos:

- El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, la autodeterminación y la independencia de las personas,
- La no discriminación por motivos de discapacidad e igualdad de oportunidades,
- La accesibilidad universal y el diseño para todas las personas,
- La calidad de vida (bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos),
- Normalización,
- El respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas,
- La participación y diálogo civil.
- La cooperación institucional.

En el Plan de Calidad 2006 – 2010 de FAISEM ⁵⁶, se establecen, entre otros, como valores fundamentales que la atención al usuario esté *“basada en las necesidades globales”* y *“orientada a la igualdad y el respeto de los derechos de ciudadanía”*, bajo principios que incluyen el *“Trato digno”*, *“Respeto de la intimidad, privacidad y confidencialidad”*, *“Individualidad”*, *“Autonomía y normalización”*, *“Participación”*, *Igualdad de género”* e *“Ingresos económicos dignos”*.

Ejemplos de vulneración de derechos en los dispositivos y recursos para personas con enfermedad mental en Andalucía

Para facilitar la metodología de trabajo del grupo, en un primer debate se solicitó a sus miembros que propusieran los principales derechos formulados en la CDPD que debían ser revisados y los recursos o dispositivos donde esos derechos pueden ser más susceptibles de ser revisados. A continuación se les solicitó una recapitulación individual de aspectos concretos en que se puede plasmar dicho derecho y ejemplos de vulneración del mismo. Los ejemplos se pusieron en común y se realizó un debate final de consenso. Finalmente el equipo técnico procedió a ordenar el listado de los ejemplos de vulneración.

Algunos de los ejemplos de vulneración fueron debatidos en el grupo, ya que son situaciones muy poco frecuentes, pero que por su gravedad se hace necesario plantearlos.

Los miembros del grupo debatieron sobre el hecho de reflejar algunos ejemplos en términos de garantía de derechos y no de vulneración, pero esta opción fue descartada, ya que podría sensibilizar menos o tener un menor alcance que haciéndolo en términos de vulneración.

A continuación se exponen los resultados del grupo en relación a la identificación de derechos más susceptibles de ser vulnerados, ejemplos de vulneración y medidas para garantizarlos. El método utilizado no pretende ni determinar la frecuencia en la que el ejemplo de vulneración identificado ocurre, ni determinar el grado de su importancia respecto a otras situaciones que supongan vulneración. El propósito ha sido abrir un espacio de reflexión sobre las diferentes formas de vulneración de derechos que se producen en la práctica, así como servir de base para elaborar propuestas de medidas y recomendaciones.

6.1 Revisión de la CDPD

Se revisaron aquellos artículos de la CDPD que se consideraron más susceptibles de ser vulnerados en los recursos y dispositivos para la atención a las personas con enfermedad mental de Andalucía.

Los artículos objeto especial de revisión por parte del grupo de trabajo fueron:

Artículos 15, 17, 19, 25 y 28. Estos artículos hacen referencia a la garantía de derechos relacionados con las **condiciones de vida** en los recursos o dispositivos. Se valoraran aspectos relacionados con:

- Las condiciones físicas (habitabilidad, recursos energéticos, estado del mobiliario y enseres, limpieza, etc., acceso al exterior)
- Calidad y cantidad comida, posibilidades de accesibilidad a la misma, estado de los espacios para comer, etc.
- Disponibilidad y calidad de la ropa, normas sobre la vestimenta y el aspecto físico, etc.
- Condiciones de las habitaciones para dormir, normas sobre objetos personales, etc.
- Higiene (normas de uso de aseos), condiciones de privacidad, etc.

Artículo 14. Libertad y seguridad de la persona. Se revisaron todos los aspectos relacionados con la privación de su libertad por razón de su enfermedad mental. Se revisaron todo lo relativo a las condiciones que rodean la hospitalización involuntaria, así como a las medidas de restricción.

Artículo 19. Derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad. Se revisó todo lo relativo a las medidas destinadas a la recuperación y la vida independiente.

Artículo 29b. Participación en la vida política y pública. Se valoraron aspectos relacionados con la promoción de la participación de las personas en organizaciones y asociaciones no gubernamentales, en organizaciones que representan sus derechos a nivel local, regional, nacional e internacional.

Artículo 30. Participación en la vida cultural, actividades recreativas, esparcimiento y deporte.

Se valoraron aspectos relacionados con recursos de ocio disponibles (acceso a libros, periódicos, TV, música, ordenadores, etc.), posibilidad real de participar en actividades culturales, recreativas etc. (internas o externas, de la comunidad), existencia de personas a quienes no se les permita participar, etc.

Artículo 27. Trabajo y Empleo. Se revisaron los aspectos relacionados con la orientación y adquisición de hábitos laborales y habilidades que faciliten el acceso al mercado laboral, y el mantenimiento en el mismo, así como programas adaptados de formación ocupacional para la mejora de la cualificación profesional. También se valorará la posibilidad de poder colaborar como personal voluntario dentro de los recursos o dispositivos; y de trabajar fuera de estos o colaborar con la comunidad.

Artículo 24. Educación. Se revisó la existencia de programas de educación disponibles dentro de los servicios y/o en la comunidad (por ejemplo, la universidad, la escuela secundaria, programas de capacitación profesional, formación en idiomas, etc.), con carácter voluntario y significativos para las personas.

Artículo 22. Respeto a la privacidad. Se revisaron entre otros aspectos los relacionados con la posibilidad de establecer contactos con garantía de privacidad mediante llamadas, correo electrónico, visitas, y se analizaron las normas establecidas en torno a estos temas.

Artículo 23. Respeto del hogar y de la familia. Se revisaron aspectos relacionados con la posibilidad de contraer matrimonio, formar una familia, tener hijos/as, mantener relaciones sexuales, etc. Se analizaron también las medidas destinadas a que las personas tomen decisiones de forma autónoma e informada sobre estas cuestiones.

Artículo 21. Libertad de expresión y de opinión y acceso a la información. Se revisó la existencia de mecanismos para que las personas puedan manifestar sus quejas y que éstas sean escuchadas, así como la medida en la que la información sobre deberes y derechos está accesible y la información está formulada de forma clara y legible.

Artículo 25. Derechos relacionados con la Salud y los servicios sanitarios. Se revisaron aspectos relacionados con:

- La posibilidad de recibir asistencia médica general o específica fuera de los recursos o dispositivos, realizar chequeos rutinarios apropiados (tensión arterial, nivel de colesterol, hierro y otros indicadores en sangre, mamografías, revisión urológica, etc.).
- La posibilidad de entrar en programas de promoción y prevención (tabaquismo, obesidad, salud reproductiva, etc.).
- Los aspectos relacionados con el consentimiento informado sobre el tratamiento.
- Los aspectos relacionados con ingresos Involuntarios y sus procedimientos.
- Los aspectos relacionados con el cuestionamiento de la capacidad.
- El uso de medidas para el respeto de la voluntad y autonomía de pacientes (p.e. posibilidad de formular voluntades anticipadas, o decisiones por representación).
- Los aspectos relacionados con el uso de medidas de contención.
- Los aspectos relacionados con el uso de terapias electroconvulsivas.
- Los aspectos relacionados con la información que se ofrece sobre medicamentos.
- La participación en planes individualizados de atención.

6.2 Ejemplos de vulneración

Los miembros del grupo identificaron una serie de ejemplos de vulneración de derechos, en los servicios y recursos sociosanitarios que atienden a personas con enfermedad mental, en base a su propia experiencia como usuarios, familiares, profesionales, u otra relación de implicación con servicios y recursos para las personas con trastorno mental. Los distintos ejemplos aportados fueron agrupados por temas. En muchos casos, los participantes coincidieron en la elección de ejemplos concretos.

A continuación se muestran los ejemplos de vulneración identificados, estructurados por cada uno de los artículos de la Convención de Derechos de Personas con Discapacidad:

Artículo 12 Igual reconocimiento como persona ante la ley

Ejemplos más destacados

- Tratamiento de la persona como incapaz.

- Falta de información sobre sus derechos en los ingresos involuntarios.
- Falta de acceso a prestaciones económicas por Ley de atención a la dependencia.
- Consentimiento informado inexistente o no adecuado a la persona.
- Inexistencia de servicios de apoyo y asesoramiento jurídico.

Artículo 13 Acceso a la justicia

Ejemplos más destacados

- Falta de acceso a asistencia jurídica y representación durante el ingreso involuntario.
- Valoración inadecuada de la capacidad.
- Escasez de información sobre el derecho a recurrir el ingreso.
- Inexistencia de garantía de comprensión del derecho.
- Escasez de servicios de apoyo y asesoramiento en tutelas, herencias, etc.

Artículo 14 Libertad y seguridad de la persona

Ejemplos más destacados

- Medicación excesiva, obligatoria, sin autorización ni información.
- Ingresos involuntarios abusivos “por si se pone peor”.
- Criterios arbitrarios en el uso de medidas coercitivas.
- Abuso en los procesos de incapacitación.
- Aislamiento como medida de control.
- Impedimento a la participación en actividades externas.
- Restricción de acceso al aire libre.
- Restricción del derecho a opinar, preguntar o quejarse.
- Escasez de información con garantías de comprensión.

Artículo 15 Protección contra la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes

Ejemplos más destacados

- Inexistencia de estándares o criterios mínimos de calidad ante prácticas habituales (por ejemplo apoyo en el aseo personal, uso de cámaras de vigilancia, etc.)
- Normas inflexibles orientadas a facilitar el trabajo de personal (horarios, vestimentas).
- Abuso de medidas de contención: arbitrariedad en la decisión, sin el cuidado adecuado de la salud.
- Abuso de psicofármacos que enlentecen, obnubilan...
- Falta de comunicación a Juzgados de ingresos involuntarios o de medidas de contención.
- Falta de consentimiento informado en el uso de la terapia electroconvulsiva.
- Presencia de vigilancia al ingreso: desvestirse, objetos personales.
- Aislamiento telefónico.
- Custodia y abuso de los objetos personales (DNI, Banco, etc.): exigencia de justificación de gastos (falta de privacidad).

Artículo 16 Protección contra la explotación, la violencia y el abuso

Ejemplos más destacados

- Inexistencia de autoridades independientes u órgano supervisor sobre DDHH.
- Planes y programas de apoyo que no son supervisados por órganos independientes.
- Violencia de género.
- Abusos con personas privadas de libertad en las Unidades de Hospitalización.
- Participación en investigaciones sin consentimiento.
- Carácter obligatorio de trabajos no remunerados y su uso como herramienta terapéutica.

Artículo 17 Protección de la integridad personal

Ejemplos más destacados

- Espacios: limpieza inadecuada, deterioro, hacinamiento, inexistencia de un comedor común.
- Uso restringido de duchas y en presencia injustificada de profesionales.
- Artículos personales no permitidos e inexistencia de espacios para guardarlos de forma segura.
- Uso del pijama obligatorio.
- Aplicación inadecuada de protocolos de contención, medidas de restricción y control.

Artículo 18 Libertad de desplazamiento y nacionalidad

Ejemplos más destacados

- Retención de documentación.
- Falta de disponibilidad de información sobre derechos.
- No facilitar información adecuada sobre el traslado a otro recurso residencial.

Artículo 19 Derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad

Ejemplos más destacados

- Falta de información sobre recursos residenciales, servicios, asociaciones...
- Imposibilidad de elección de los recursos.
- Abuso de la incapacitación.
- Escasez de actividades, recursos, programas de apoyo y promoción de vida independiente.
- Falta de acceso a la formación y ámbito laboral.
- Escasa capacitación profesional para el apoyo a domicilio.

Artículo 20 Movilidad personal

Ejemplos más destacados

- No existen formas de apoyo a la movilidad (dispositivos técnicos de apoyo).
- Protección limitante para evitar problemas.

Artículo 21 Libertad de expresión y de opinión y acceso a la información

Ejemplos más destacados

- Escasez de oportunidades para participar en la toma de decisiones: intervenciones, tratamientos, etc.
- Escasas formas de participación de usuarios para la mejora de los servicios, etc.
- Información limitada sobre derechos y deberes, públicamente expuestos, comprensibles y/o asistencia para facilitar su comprensión.
- Información escasa sobre reglamento interno, organigrama, etc.
- Dificultades para el uso y acceso a teléfono, internet, etc., en privado. Escasa disponibilidad de ayuda para su uso.

Artículo 22 Respeto a la privacidad

Ejemplos más destacados

- Inexistencia de estándares o criterios mínimos de calidad ante prácticas habituales (por ejemplo apoyo en el aseo personal, uso de cámaras de vigilancia, etc.)
- Inexistencia o inadecuación de espacios privados e íntimos.
- Uso ilimitado de cámaras de vigilancia sin información y/o consentimiento.
- Acceso ilimitado de los profesionales a determinados espacios (por ejemplo, baños) sin permiso y a la información personal del usuario.
- Restricciones injustificadas en el uso de teléfono, ordenador, visitas.
- Acceso libre del personal a las pertenencias personales sin justificación.

Artículo 23 Respeto del hogar y de la familia

Ejemplos más destacados

- Limitación en el acompañamiento, apoyo y participación de familiares.
- Fertilidad: Inexistencia de información sobre los efectos de la medicación; no se hacen pruebas, etc.
- Ausencia de escucha profesional sobre aspectos relacionados con la impotencia y la fertilidad
- Se desaconseja de forma expresa la maternidad/paternidad, falta de apoyo y seguimiento en caso de embarazo.
- Imposibilidad de mantener relaciones íntimas.
- Falta de respeto a creencias religiosas sobre alimentación.
- Dificultades para la convivencia con hijos/as.

Artículo 24 Educación

Ejemplos más destacados

- Falta de programas de apoyo al volver a la escuela tras periodo de hospitalización.
- Incompatibilidad entre la percepción de la pensión y el acceso a cursos de formación.
- Poco fomento de la educación y acceso a la universidad: programas específicos, reserva de plazas, etc.
- Inexistencia de formación del personal de la universidad para fomentar la integración del alumnado con enfermedades mentales.

Artículo 25 Salud

Ejemplos más destacados

- Cuidados de la salud física precarios: acceso a especialistas, chequeos, registro de problemas físicos frecuentes.

- Atención primaria: escasa formación y sensibilización de profesionales de AP, coordinación deficitaria con salud mental y otras especialidades.
- Escasez de programas de prevención y promoción de la salud.
- Inexistencia de voluntades anticipadas y/o plan de crisis ante descompensaciones psiquiátricas, tratamientos o intervenciones físicas.
- Poco respeto a la voluntad del paciente: cambios de medicación, medidas coercitivas, visitas, organización, rutinas, etc.

Artículo 26 Habilitación y rehabilitación

Ejemplos más destacados

- Falta de participación o de oportunidad para cuestionar los planes de atención y revisión de estos.
- Actividades de rehabilitación inadecuadas: no son significativas; son repetitivas, aburridas y sin posibilidad de elección.
- Falta de disponibilidad de tecnologías que permitan la inclusión.
- Inexistencia o número reducido de actividades para promover la recuperación.
- Escasa consideración a formas de apoyo mutuo.

Artículo 27 Trabajo y empleo

Ejemplos más destacados

- Acceso a cursos incompatible con pensión.
- Pocas plazas de empleo adaptadas a discapacidad.
- Escasez de programas para la búsqueda de empleo.
- Escasas oportunidades de empleo para personas con alto grado de dependencia (p.e. personas que residen en Casas Hogar).
- Poco soporte o supervisión personal y continua al empleo con apoyo (en mercado laboral ordinario).

Artículo 28 Nivel de vida adecuado y protección social

Ejemplos más destacados

- Escasas alternativas residenciales en el área de cobertura de determinadas Unidades de Gestión Clínica.
- Falta de medidas de integración en la comunidad.
- Condiciones de vida inadecuadas: vivienda y mobiliario, alimentación poco variada, etc.
- Falta de disponibilidad de dinero para uso personal.

Artículo 29 Participación en la vida política y pública

Ejemplos más destacados

- Poco fomento de la participación en asociaciones o apoyo para la creación de las mismas.
- Bajo fomento del voto y asistencia para votar si se requiere.
- Inexistencia de participación en organismos, vida del pueblo o barrio.
- Inexistencia de participación en la planificación y organización de las actividades en los dispositivos.

Artículo 30 Participación en la vida cultural, las actividades recreativas

Ejemplos más destacados

- Falta de acceso y participación en actividades significativas, nuevas tecnologías, culturales, artísticas, deportivas, etc.
- Escasas posibilidades de elección de actividades; muchas de las actividades se organizan en grupo, no permitiéndose la individualización.
- Exigencia de certificados médicos para participar en actividades deportivas.

- Participación “forzada” en actividades cotidianas de índole religiosa (p.e. ver cofradías en Semana Santa, participar en romerías...), sin respetar creencias y valores de los/as pacientes.

Artículo 31 Recopilación de datos y estadísticas

Ejemplos más destacados

- Falta de acceso a información relevante y a datos estadísticos.
- Escasa o ninguna investigación sobre derechos humanos en salud mental.
- Información inadecuada para la mejora de los servicios.

Medidas para garantizar los derechos de las personas con enfermedad mental

La última tarea del grupo consistió en proponer medidas tanto globales, es decir, medidas que afectasen a más de un derecho o conjunto de todos los derechos de la Convención, como específicas, es decir, medidas dirigidas a garantizar un derecho concreto.

1 Medidas globales

En la última reunión del grupo se discutieron las medidas globales propuestas en la anterior reunión. Finalmente se seleccionaron un total de 24 medidas globales que se definieron con precisión de la siguiente forma:

1. Creación de una Comisión de derechos humanos y discapacidad.
2. Creación de una Comisión de derechos humanos y salud mental.
3. El futuro Plan Integral de Salud Mental deberá contemplar la creación de una estructura específica para garantizar derechos.
4. Diseño de un herramienta para la auto-evaluación de los recursos socio-sanitarios
5. El futuro Plan Integral de Salud Mental deberá contemplar el enfoque de Derechos Humanos, además de incluir una línea específica destinada a lograr una mayor sensibilización sobre este enfoque.
6. Realizar procesos de seguimiento o evaluación externa sobre aspectos concretos.
7. Hacer visibles en los Comités de Ética Asistencial los conflictos éticos relacionados con Salud Mental.
8. Diseño de Carta de derechos y deberes de las personas con enfermedad mental.
9. Guías para proteger DDHH para usuarios (con garantías de comprensibilidad para personas usuarias
10. Guías para proteger DDHH destinadas a profesionales.
11. Inclusión de contenidos de DDHH basados en la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) en actividades formativas.
12. Creación de una sección específica sobre DDHH en la web 1decada4.
13. Hacer visible en todos los dispositivos y recursos sanitarios y de apoyo social los cauces establecidos de quejas y reclamaciones.

14. Reunión con la Oficina del Defensor del Pueblo para valorar conjuntamente medidas específicas sobre DDHH
15. Plantear objetivos a las Unidades de Gestión Clínica de salud mental del Servicio Andaluz de Salud sobre garantía de derechos.
16. Creación de un teléfono para asistencia a pacientes en relación a sus derechos.
17. Revisar e incluir en los Protocolos de acogida a pacientes y familiares información de los deberes y derechos de los usuarios.
18. Protocolo de acogida para los nuevos/as profesionales con información de los deberes y derechos de los usuarios.
19. Inclusión en las comisiones de mejora de las Unidades de Gestión Clínica a usuarios y familiares.
20. Diseñar una encuesta de satisfacción con perspectiva de derechos humanos.
21. Revisar e incluir en el Proceso Asistencial Integrado Trastorno Mental Grave responsabilidades del/la profesional de referencia del paciente relacionadas con garantizar sus derechos.
22. Incorporar contenidos sobre derechos humanos basados en la CDPD en la formación común que reciben los Especialistas Internos Residentes.
23. Incorporar contenidos sobre derechos humanos basados en la CDPD y enfoque de recuperación en la formación específica de Especialistas Internos Residentes en Psiquiatría, Psicología Clínica y Enfermería de Salud Mental.
24. Eventos centinela: creación de indicadores centinela de la situación de los DDHH.

Para la priorización de las 24 medidas se propuso una metodología grupal, en función de la importancia y factibilidad.

La Importancia (¿Cómo de importante es esta idea clave?) fue valorada de 0 a 5, mientras que la Factibilidad (¿Cómo de posible es llevar esta idea a cabo?) fue valorada de 0 a 10. El hecho de que la escala de la importancia y factibilidad sea diferente, es sólo para hacer que la persona que está votando la "idea clave", tome conciencia de que se están votando dos aspectos diferentes. Durante el análisis, las puntuaciones se igualan a escala de 100.

En la siguiente matriz, podemos ver la agrupación de todas las medidas globales en cuatro cuadrantes según la combinación de importancia y factibilidad de cada medida:

Cuadrante 1 (superior izquierda): medidas importantes y además factibles.

Cuadrante 2 (inferior izquierda): medidas importantes pero poco factibles.

Cuadrante 3 (superior derecha): medidas factibles pero poco importantes.

Cuadrante 4 (inferior derecha): medidas no importantes ni factibles.

	Importancia +				Importancia -			
Factibilidad +	3	8 10	19	23 24	5	9 12	17 18	
Factibilidad -	2	11	15	22	1	4	16	
	7		21		6	14	20	

Las medidas valoradas como más importantes y a su vez más factibles son:

- 3. El futuro Plan Integral de Salud Mental deberá contemplar la creación de una estructura específica para Garantizar Derechos.
- 8. Diseño de Carta de derechos y deberes de las personas con enfermedad mental.
- 10 Guías para proteger DDHH destinada a profesionales.
- 13. Hacer visible en todos los dispositivos y recursos sanitarios y de apoyo social los cauces establecidos de quejas y reclamaciones.
- 19. Inclusión en las comisiones de mejora de las Unidades de Gestión Clínica a usuarios y familiares.
- 23. Incorporar contenidos sobre derechos humanos basados en la CDPD y enfoque de recuperación en la formación específica de Especialistas Internos Residentes en Psiquiatría, Psicología Clínica y Enfermería de Salud Mental.
- 24. Eventos centinela: creación de indicadores centinela de la situación de los DDHH.

Las medidas valoradas como importantes pero poco factibles son:

2. Creación de una Comisión de derechos humanos y salud mental.
7. Hacer visibles en los Comités de Ética Asistencial los conflictos éticos relacionados con Salud Mental.
11. Inclusión de contenidos de DDHH basados en la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) en actividades formativas.
15. Plantear objetivos a las Unidades de Gestión Clínica de salud mental del Servicio Andaluz de Salud sobre garantía de derechos.
21. Revisar e incluir en el Proceso Asistencial Integrado Trastorno Mental Grave responsabilidades del/la profesional de referencia del paciente relacionadas con garantizar sus derechos.
22. Incorporar contenidos sobre derechos humanos basados en la CDPD en la formación común que reciben los Especialistas Internos Residentes.

Las medidas valoradas como menos importantes pero factibles son:

5. El futuro Plan Integral de Salud Mental deberá contemplar el enfoque de Derechos Humanos, bien como línea específica o de manera transversal a todas.
9. Guías para proteger DDHH para usuarios (con garantías de comprensibilidad para personas usuarias).
12. Creación de una sección específica sobre DDHH en la web 1deca4.
17. Revisar e Incluir en los Protocolos de acogida a pacientes y familiares información de los deberes y derechos de las personas usuarias.
18. Protocolo de acogida para los nuevos/as profesionales con información de los deberes y derechos de las personas usuarias.

Las medidas valoradas como menos importantes y menos factibles son:

1. Creación de una Comisión de derechos humanos y discapacidad.
4. Diseño de una herramienta para la auto-evaluación de los recursos socio-sanitarios.
6. Realizar procesos de seguimiento o evaluación externa sobre aspectos concretos.
14. Reunión con la Oficina del Defensor del Pueblo para valorar conjuntamente medidas específicas sobre DDHH.
16. Creación de un teléfono para asistencia a pacientes en relación a sus derechos.
20. Diseñar una encuesta de satisfacción con perspectiva de derechos humanos.

Por último reseñar que el grupo mostró amplio consenso en la necesidad de diseñar y llevar a cabo un proyecto de investigación que profundice en la vulneración vs garantía de derechos en la red de servicios públicos de salud mental de Andalucía, al objeto de conocer de forma rigurosa la frecuencia e importancia de las posibles vulneraciones que puedan acontecer.

2 Medidas específicas

Además de las medidas globales, los miembros del grupo aportaron una serie de medidas específicas para cada uno de los artículos contenidos en la CDPD. Se presentan a continuación las más destacadas:

Artículo 12 Igual reconocimiento como persona ante la ley

Medidas de Formación y sensibilización:

- Cursos específicos sobre valoración de capacidad.
- Cursos específicos sobre la Convención (CDPD).
- Creación de una guía para la sensibilización de profesionales y usuarios sobre derechos humanos y CDPD.

Medidas organizativas o de gestión:

- Creación y envío de material escrito a todos los profesionales (CDPD).
- Instauración de sistema de quejas y reclamaciones.
- Establecer un Grupo de trabajo con usuarios para buscar como proteger el patrimonio de éstos.
- Información sobre acceso a Asociaciones de usuarios y familiares y Entidades Tutelares.

Medidas sobre Espacios y mobiliario:

- Buscar sistemas de ventilación en las Unidades de Hospitalización, que al mismo tiempo garanticen la seguridad del paciente.
- Protocolos sobre arreglo de desperfectos y aspecto digno de instalaciones.

- Desde la Unidad de Gestión Clínica de salud mental hacer visible a la Gerencia del hospital la importancia de infraestructuras adecuadas: necesidades especiales de esta población, trabajo terapéutico en espacios con privacidad. Promover visitas periódicas de los Gerentes a los Dispositivos de Salud Mental.

Medidas sobre Ingreso involuntario:

- Crear un protocolo escrito para el ingreso involuntario (según CDPD): acreditado por el profesional con su firma que se cumplen dichas circunstancias, y disponibilidad de material escrito de apoyo.
- Asegurar el cumplimiento del protocolo al ingreso involuntario: explicación de derechos y entrega de información por escrito al usuario.

Rechazo al tratamiento:

- Protocolo escrito respecto al derecho de rechazar tratamiento a través del consentimiento informado, escrito y firmado.

Artículo 13 Acceso a la justicia

Medidas de Formación:

- Cursos de formación sobre concepto de capacidad, (según CDPD y Ley de Autonomía del Paciente).
- Naturaleza de los trastornos mentales graves y valoración de la capacidad.

Medidas de defensa jurídica:

- Disposición de un abogado de oficio a los pacientes con ingreso involuntario que lo demanden.

Medidas organizativas o de gestión:

- Crear una Oficina de defensa del paciente de ámbito regional que ponga automáticamente a disposición de éste un abogado que cuide de los derechos del paciente ingresado de manera involuntaria.
- Teléfono para asistencia a pacientes que hagan consultas en relación a sus derechos en los ingresos.
- Creación y envío de material escrito a todos los profesionales recordando derechos y visión de la capacidad según ley actual (CDPD).

- Revisión de los protocolos de ingreso y obligatoriedad de información a usuarios sobre su capacidad para recurrir, recogiendo en Historia Clínica.

Artículo 14 Libertad y seguridad de la persona

Medidas de Formación:

- Promover “Sesiones clínicas” sobre efectos de la medicación, rechazo del tratamiento y medidas coercitivas.
- Formación en Bioética de los profesionales.
- Formación en comunicación y *counselling* a los profesionales sobre tratamientos y medicación
- Aprovechar los espacios de coordinación del equipo para trabajar la toma de decisiones compartidas ante situaciones que requieren el uso de la restricción física, involucrando tanto al paciente como a todo el equipo de trabajo, y aprovechar los beneficios del feedback y la autorregulación en el propio equipo.

Medidas relacionadas con el uso y efectos de la medicación:

- Grupo de trabajo de Buenas prácticas en las UHSM con participación de usuarios: uso y efectos de la medicación, privación de libertad por aislamiento.
- Revisión de los planes de tratamiento de las personas polimedicadas.
- Promover el uso de Guías de práctica Clínica en relación con la medicación.
- En acogida a la Unidad de Hospitalización, informar a pacientes y familiares sobre sus derechos legales en relación con las decisiones respecto a su tratamiento.
- Protocolo escrito para garantizar el derecho de rechazar tratamiento a través de consentimiento informado, escrito y firmado.
- Añadir al Decreto de Segunda Opinión Médica, situaciones diagnósticas de Trastorno Mental Grave.
- Asegurar la participación activa en el Plan Individualizado de Tratamiento.
- Asegurar la asignación de profesionales referentes a cada paciente, tanto personal facultativo como de cuidados, que se hagan cargo de la valoración, seguimiento y continuidad de cuidados del paciente.

Medidas organizativas o de gestión en relación con la Contención Mecánica:

- Compartir con los representantes de movimientos asociativos de familiares y pacientes los resultados de las auditorías sobre episodios de contención mecánica y trabajar conjuntamente, en el ámbito de las Unidades de Gestión Clínica, sobre las medidas de mejora.
- Asegurar el cumplimiento del registro de contenciones mecánicas en cada dispositivo, en base a lo establecido en el Protocolo.
- Protocolizar cualquier otra medida que suponga la restricción de movimientos del paciente: registro y argumentación de la decisión en Historia Clínica.

Medidas organizativas o de gestión sobre Ingresos Involuntarios:

- Crear un protocolo escrito para el ingreso involuntario (según CDPD): acreditado por el profesional con su firma que se cumplen dichas circunstancias, y disponibilidad de material escrito de apoyo.
- Facilitar, con prontitud, feedback a los profesionales y a los representantes de pacientes y familiares sobre los ingresos involuntarios en las Unidades de Hospitalización (p.e. auditorías sobre ingresos involuntarios realizadas en 2010 por la Subdirección de Inspección de Servicios Sanitarios de la Consejería de Salud y Bienestar Social).
- Revisar normativas de ingresos involuntarios y proponer nuevas medidas de inspección.
- Protocolizar la información en la acogida acerca del motivo del ingreso y el carácter del ingreso, voluntario o involuntario, y lo que implica.
- Creación de una comisión con la Administración de Justicia que revise la situación actual e inste a jueces a revisar los ingresos involuntarios desde la perspectiva CDPD.
- Realizar nuevas auditorías de Historias Clínicas para analizar ingresos involuntarios.

Medidas organizativas o de gestión alternativas a la medicación:

- Incrementar la oferta de psicoterapias y de intervenciones psicoeducativas en los dispositivos sanitarios.
- Crear y facilitar a usuarios y familias material por escrito sobre enfermedad, síntomas, servicios y tratamientos, disponible en los recursos socio-sanitarios. Ofrecer esta información también de forma oral.
- Asegurar que todos los Planes Individualizados de Tratamiento sean consensuados y firmados por los pacientes y revisados periódicamente en la Comisión de Trastorno Mental Grave.
- Estudiar la participación oficial de representantes de usuarios en las Comisiones de Trastorno Mental Grave.

Artículo 15 Protección contra la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes

Medidas de Formación:

- Formación en Bioética de los profesionales.
- Formación sobre efectos de los psicofármacos.
- Sesiones clínicas y formación sobre contención mecánica.
- Trabajar sobre el Ambiente Terapéutico en los dispositivos de salud mental.
- Trabajar el ambiente relacional en sesiones clínicas: mostrar cercanía; no realizar juicios de valor; tener capacidad para empatizar; ser respetuoso/a con los deseos y necesidades de los y las pacientes; estar formado/a en establecer relaciones de tipo colaborativo.
- Formación de Monitores Ocupacionales sobre DDHH.
- Inclusión de la perspectiva de las personas atendidas en los planes de formación continuada.

Medidas organizativas o de gestión:

- Auditoría sobre trato digno y maltrato.
- Auditoría de Historias Clínicas: detección de situaciones degradantes.
- Asegurar el cumplimiento de los Registros de Contenciones Mecánicas, como así lo establece el Protocolo.
- Establecimiento de indicadores y estándares de calidad según CDPD; revisión periódica por un grupo específico de trabajo.
- Asegurar la implantación del protocolo de contención mecánica y establecer evaluaciones periódicas por parte del Programa de Salud Mental.
- Inclusión de objetivos sobre la disminución de CM en los Acuerdos de Gestión Clínica.
- En las Comisiones de Participación Ciudadana de las Unidades de Gestión Clínica, estudiar reclamaciones y acusaciones sobre trato incorrecto en cualquiera de los recursos.
- Revisión de los planes individualizados de atención de las personas polimedicadas.

Medidas organizativas o de gestión sobre Trato:

- Disponibilidad de Hojas de reclamación y/o denuncia sobre trato incorrecto: visibles (cartelería) y comprensibles.

- Grupo de mejora para realizar recomendaciones sobre vestimenta, intimidad y comunicación exterior: vestimenta inapropiada, obligación de desvestirse, privacidad e intimidad, retención de objetos personales, aislamiento telefónico, rigidez de horarios...
- Establecer normas para proteger los derechos de usuarios que residen en recursos residenciales, relacionados con la vestimenta, objetos personales y comunicación exterior.

Artículo 16 Protección contra la explotación, la violencia y el abuso

Medidas de Formación sobre violencia y abusos:

- Realización de Jornadas de trabajo Justicia-Salud Mental.
- Sensibilización de profesionales sobre violencia y abuso.
- Incluir aspectos éticos en cursos sobre investigación. En cursos de investigación añadir formación en este aspecto impartida por usuarios.
- Trabajar sobre estigma dentro de la organización: designar a profesionales de referencia en cada Unidad de Gestión Clínica.

Medidas organizativas o de gestión:

- Promover nuevas iniciativas de inspecciones sanitarias.
- Grupo de trabajo de Buenas prácticas en Unidades de Hospitalización con participación de usuarios.
- Protocolos que permitan proteger a los pacientes más vulnerables en el ingreso.
- Promover la denuncia sobre situaciones de violencia.
- Realizar auditorías para analizar el uso del consentimiento informado.
- Proactividad para tratar casos de salud mental en Comisiones de Ética.
- Establecer un procedimiento de denuncia y toma de medidas urgentes para erradicar situaciones de abuso, regulado por la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del Servicio Andaluz de Salud.

Artículo 17 Protección de la integridad personal

Medidas organizativas o de gestión de la Integridad Personal:

- Grupo de mejora para realizar recomendaciones sobre vestimenta, intimidad y comunicación exterior: vestimenta inapropiada, obligación de desvestirse, privacidad e intimidad, retención de objetos personales, aislamiento telefónico, rigidez de horarios.
- Estudiar, en cada Unidad de Hospitalización, la posibilidad de implantación de un modelo de Unidad con espacios diferenciados según el estado clínico. Sensibilizar a las Direcciones Gerencias de los hospitales sobre esta necesidad.
- Espacio de encuentro entre las coordinaciones de cuidados o responsables de los mismos de todas las Unidades de Gestión Clínica de salud mental para establecer normas básicas de respeto de la libertad individual.
- Mejorar el ambiente terapéutico y las condiciones de habitabilidad básica de las Unidades de Salud Mental y vincular su ejecución a incentivos económicos para la Dirección Gerencia del Hospital.
- Uso de Indicadores de la Estrategia de Seguridad del paciente.

Artículo 18 Libertad de desplazamiento y nacionalidad

Medidas organizativas o de gestión:

- Elaboración, en el marco de la coordinación del programa residencial de la Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de las Personas con Enfermedad Mental, de un conjunto de normas básicas de respeto a la libertad individual.

Artículo 19 Derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad

Medidas de Formación sobre vida independiente:

- Formación de profesionales de la Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental sobre CDPD con participación de usuarios.
- Inclusión en los programas de actividades formativas sobre vida independiente.
- Asumir en el seno de los equipos de trabajo la asunción de ciertos “riesgos” referidos a las posibilidades de vivir en recursos con mayores cotas de independencia.
- Ofrecer formación a cuidadores sobre DDHH, así como al personal de apoyo en domicilio de los Servicios Sociales.
- Formación sobre recuperación, como parte del proceso de acreditación de profesionales.
- Promover desde el Plan Integral de Salud Mental la elaboración de Propuestas por parte de las asociaciones sobre vida independiente, e incluirlas en las actividades de formación, sensibilización, así como valorar la necesidad de cambios normativos.

Trabajo de sensibilización sobre medidas organizativas o de gestión sobre vida independiente:

- Potenciar más contacto entre los Servicios de Orientación y Apoyo al Empleo y los dispositivos de salud mental.
- Crear y facilitar a usuarios y familiares material por escrito sobre enfermedad, síntomas, tratamientos, servicios y recursos (asociativos, recursos de apoyo social –Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental - y recursos sanitarios –Servicio Andaluz de Salud-). Ofrecer esta información también de forma oral. Protocolizar la entrega del material.
- Elaboración de un listado de recursos en cada Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental y Delegación Provincial de la Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental

Artículo 21 Libertad de expresión y de opinión y acceso a la información

Medidas de formación en libertad de expresión y acceso a la información:

- Formación en modelo de decisiones compartidas y derecho a la información.

Medidas organizativas en libertad de expresión y acceso a la información:

- Diseñar un formato de voluntades anticipadas en salud mental, en el marco del Plan Individualizado de Tratamiento, e incluirlo en la Historia Clínica.
- Asegurar la asignación de profesionales referentes y la participación activa de los pacientes en los planes de tratamiento (que no se asegura exclusivamente con la firma del Plan Individualizado de Tratamiento por parte del paciente)
- Promover la participación, con carácter vinculante, de representantes de los movimientos asociativos de usuarios y familiares en las Comisiones de Participación de las Unidades de Gestión Clínica de Salud Mental
- Hojas informativas/reclamación en los dispositivos de salud mental.
- Promover la recogida de opinión de usuarios: estudios cualitativos, encuestas de satisfacción al alta, reclamaciones, buzones de sugerencias.

Artículo 22 Respeto a la privacidad

Medidas de formación y sensibilización sobre privacidad:

- Formación a profesionales sobre confidencialidad y privacidad: Servicio Andaluz de Salud y Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental.
- Grupo de mejora sobre privacidad para profesionales del Servicio Andaluz de Salud y Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental, con la finalidad de establecer recomendaciones de buenas prácticas.
- Formación a profesionales de ambas redes sobre CDPD con participación de usuarios.

Medidas organizativas o de gestión de cámaras de vigilancia:

- Solicitar a la Asesoría Jurídica del Servicio Andaluz de Salud de normativa a la que ajustarse sobre uso de cámaras de vigilancia atendiendo al derecho a la privacidad e intimidad tal cómo se expresa en la CDPD.
- Elaborar y difundir las normas de funcionamiento del uso de cámaras, ajustadas a la CDPD (por ejemplo: informar en lugar visible de la existencia de las cámaras; utilización del consentimiento informado, etc.)
- A la hora de concretar medidas para controlar los espacios ciegos (por ejemplo, el uso de cámaras o de espejos convexos), salvaguardar en todo momento el derecho a la privacidad e intimidad de las personas usuarias.
- Protocolo de contención mecánica: Asegurar el contacto visual permanente en habitaciones específicas, cerca del control de enfermería.

Medidas organizativas o de gestión sobre privacidad y comunicación exterior:

- Grupo de mejora sobre respeto a la privacidad y confidencialidad: formulación de recomendaciones. Información de acogida para nuevos profesionales.
- Abordar con las y los coordinadores de cuidados y responsables de casas hogar el establecimiento de normas básicas de privacidad.
- Facilitar un espacio tranquilo con garantías de privacidad para recibir visitas, rezar, meditar, tener relaciones íntimas... En el caso de los dispositivos de media estancia, facilitar el acceso a los dormitorios durante el día, salvo contraindicaciones terapéuticas, específicamente argumentadas en la historia clínica.
- Disponibilidad de espacios adecuados para guardar las pertenencias personales (mesitas de noche, armarios con llave...), custodiada por el personal y disponible, salvo contraindicaciones terapéuticas específicamente argumentadas en la historia clínica.

- Disponibilidad de sistema de comunicación telefónica. Permitir el uso del móvil (a no ser que haya contraindicación terapéutica, específicamente argumentadas en la historia clínica).
- Implantación de un protocolo relativo a la privacidad según la Ley de protección de datos, para garantizar el derecho a la privacidad en la documentación del paciente.
- Elaborar un procedimiento de información en la acogida del pacientes y su familia: entrega por escrito de normas respecto a: horarios, actividades terapéuticas, objetos personales, visitas, comidas, contacto con personal facultativo, objetos prohibidos, consumo de tabaco, permisos de salida, teléfonos, etc.

Artículo 23 Respeto del hogar y de la familia

Medidas organizativas o de gestión y de formación:

- Entrevista inicial al ingreso con la familia, con consentimiento del paciente: recoger su perspectiva y experiencia para el manejo seguro y terapéutico de las conductas disruptivas que pudieran aparecer.
- Acompañamiento familiar durante la hospitalización: asegurar el cumplimiento de la Resolución Nº 0229 del Servicio Andaluz de Salud sobre garantía de acompañamiento.
- Formación a profesionales sobre maternidad-paternidad, fertilidad y trastorno mental grave. Efectos de la medicación en la fertilidad e información básica a pacientes.
- Atención a embarazo deseado y no deseado. Incluir sexualidad, y deseo o no de maternidad-paternidad en programas de hábitos de vida saludable.
- Recoger en el Plan Individualizado de Tratamiento qué profesional es responsable del apoyo a la familia y cuidadores: tomar en consideración su opinión, apoyo emocional, etc.

Artículo 24 Educación

Medidas organizativas o de gestión:

- Revisar la oferta de formación ocupacional. Proponer un cambio normativo para modificar la incompatibilidad de formación ocupacional con percepción de pensión.
- Incluir en programas psicoeducativos el manejo de emociones y resolución de problemas para el afrontamiento saludable de las dificultades de la vida cotidiana.
- Incluir, en los Acuerdos de Gestión Clínica y en coordinación con Educación y Universidad, objetivos relacionados con la puesta en marcha de programas de apoyo a la vuelta a la escuela/instituto/facultad/otra formación.

- En coordinación con el Servicio de Orientación y Apoyo al Empleo de la Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental, ofrecer apoyo/asesoría en temas de educación/ formación ocupacional a los jóvenes que no tienen este certificado de discapacidad y necesitan una orientación y apoyo profesional. Facilitar la información de los programas laborales-ocupacionales del SOAE.

Artículo 25 Salud

Medidas de formación en derecho a una salud integral

- Formación sobre estigma y derecho a la salud para profesionales de “salud general” (AP, Urgencias hospitalarias, otras especialidades...).
- Diseñar un formato de voluntades anticipadas en salud mental, vinculado a la Ley de Autonomía del Paciente, enmarcado en el Plan Individualizado de Atención e incluido en la Historia Clínica. Vincular las voluntades anticipadas a objetivos de la Unidad de Gestión Clínica, difundirlo y ofertar formación a profesionales y asociaciones.
- Incluir en formación de residentes (general, para todas las especialidades) la promoción de la salud física en personas con Trastorno Mental Grave. Incluirlo también en los objetivos de la Unidad de Gestión Clínica, a través de sesiones clínicas, con intervención experta de usuarios.
- Utilizar los recursos que ofertan los técnicos de promoción de salud de los DSAP para la formación y prevención del tabaquismo en personas con Trastorno Mental Grave.

Medidas organizativas o de gestión:

- Fomentar la implantación de programas de promoción de salud física y hábitos de vida saludables a través de actividades de sensibilización y formación en todos los dispositivos y unidades.
- Hacer comisiones de bioética en todas las Unidades de Gestión Clínica de SM.
- Actualización del proceso Trastorno Mental Grave sobre cuidados físicos y asegurar su difusión en todo el sistema sanitario, especialmente en AP.
- Establecer medidas que garanticen un consentimiento informado más riguroso. Vinculación a la Ley de Autonomía del Paciente. Establecer auditorias sobre consentimiento informado.

Artículo 26 Habilitación y rehabilitación

Medidas de formación:

- Formación en Bioética de profesionales.
- Inclusión de la perspectiva de las personas atendidas en los planes de formación continuada.

Medidas organizativas o de gestión:

- Asegurar que los planes de tratamiento incluyan especificaciones sobre voluntades anticipadas y que sean firmados por el/la paciente
- Oferta de actividades en los dispositivos diseñada con la participación de las asociaciones de usuarios y familiares.
- Asignación de una figura de referencia dentro del servicio, que oriente, facilite y acompañe en la participación del usuario y su familia.
- Posibilidad de elección de actividades diseñadas e impartidas por los propios usuarios.

Artículo 29 Participación en la vida política y pública

Medidas organizativas o de gestión:

- Actividades conjuntas entre las Unidades de Gestión Clínica y las Asociaciones: programación de contactos para la participación en la gestión de los servicios. Establecer convenios de colaboración.
- Divulgación con dpticos sobre existencia de asociaciones locales en la acogida del paciente a la Unidad de Gestión Clínica.
- Información por escrito mediante cartelería en época electoral (en comunidades terapéuticas , pisos, casas hogar, centros de día...) sobre el derecho al voto y la solicitud de permiso y ayuda al voto por correo. Trabajo conjunto con movimiento asociativo para el fomento de la participación política .
- Facilitar el apoyo preciso para el ejercicio del derecho al voto, asegurando la mínima intervención posible.

Artículo 30 Participación en la vida cultural, las actividades recreativas

Medidas organizativas o de gestión:

- Apoyo a las asociaciones con facilitación de espacios y participación en la dirección, gestión de recursos.
- Facilitación en recursos residenciales del uso de nuevas tecnologías.

- Apoyo a la creación de blogs, redes sociales, etc.
- Programa de apoyo a la realización de actividades participativas según elección del usuario, contando con personal de apoyo (voluntario, profesional, ayuda mutua...) para labores de acompañamiento, desplazamiento...
- En la programación de actividades cotidianas, cuando se valore la participación en actividades de índole religiosa, respetar las creencias y valores de los/as pacientes.
- Denuncia sobre exigencia injustificada de certificado médico para realizar actividades deportivas (p.e. para usar la piscina pública).

Artículo 31 Recopilación de datos y estadísticas

Medidas organizativas o de gestión:

- Mejorar el sistema de información actual, incluyendo nuevos contenidos y herramientas para facilitar la atención integral del paciente.
- Facilitar al usuario el acceso a la información disponible, en base a la normativa vigente.

Anexos

Anexo 1. Resumen de las principales aportaciones de los documentos normativos sobre DDHH y discapacidad

Declaración sobre los Derechos de las personas Impedidas (1975). Esta declaración adoptada por la Asamblea General de la ONU es el primer documento que trató de definir el término "discapacidad". La Declaración incluye tanto, una serie de derechos económicos y sociales, como derechos civiles y políticos.

Programa de Acción Mundial para las Personas Impedidas (1982). Es una estrategia global para mejorar la prevención de la discapacidad, la rehabilitación y la igualdad de oportunidades, que busca la plena participación de las personas con discapacidad en la vida social y el desarrollo nacional. En el Programa también se subraya la necesidad de abordar la discapacidad desde una perspectiva de derechos humanos.

Estándares sobre la igualdad de oportunidades para las Personas con Discapacidad (1993). En este documento queda reflejado que “cualquier violación del principio fundamental de igualdad y cualquier discriminación o diferencia injustificada de trato de las personas con discapacidad, vulnera o invalida y menoscaba el disfrute de los derechos humanos de esas personas”. Además, “exhorta a los gobiernos a adoptar medidas activas para velar por que las personas con discapacidad disfruten plenamente de todos los derechos humanos y libertades fundamentales, en particular eliminando o facilitando la eliminación de las trabas y obstáculos al disfrute efectivo y en condiciones de igualdad de los derechos humanos de esas personas, y estableciendo políticas nacionales”.

En relación a la protección los derechos humanos de las personas con enfermedad mental destacamos los siguientes:

Principios para la Protección de las Personas con Enfermedades Mentales y la Mejora de la Atención de Salud Mental (1991). Son un conjunto de derechos básicos que la comunidad

internacional considera como inviolables en los entornos comunitarios o institucionales. Los 25 principios tratan las siguientes áreas: definición de enfermedad mental; protección de la confidencialidad; estándares sobre cuidados y tratamientos, incluyendo el ingreso involuntario y el consentimiento al tratamiento; derechos de las personas con trastornos mentales en los dispositivos de salud mental; protección de los menores; disposición de recursos para los servicios de salud mental; papel que juegan la comunidad y la cultura; revisión de los mecanismos para la protección de los derechos de delincuentes con trastornos mentales; y procedimientos para garantizar la protección de los derechos de las personas con trastornos mentales.

Directrices sobre los derechos humanos de las personas con trastornos mentales (1996a) de la OMS. Las directrices incluían un listado para facilitar una valoración rápida del estado de los derechos humanos a nivel local y regional.

Atención a la salud mental: diez principios básicos (1996b). Este documento también facilita la puesta en práctica de los Principios de las Naciones Unidas. Se basa en un análisis comparativo de leyes nacionales sobre salud mental y describe diez principios básicos sobre la legislación en salud mental sin tener en cuenta contextos legales o culturales. Los diez principios básicos son: Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales; Acceso a los cuidados básicos de salud mental; Evaluación de la salud mental de acuerdo a principios internacionalmente aceptados; Disponibilidad de cuidados de salud mental lo menos restrictivos posibles; Autodeterminación; El derecho a ser asistido en el ejercicio de la autodeterminación; Accesibilidad a la revisión de los procedimientos; Mecanismos automáticos de revisión periódica; Directores y gestores cualificados; y Respeto por el objetivo de las leyes.

Anexo 2. Aspectos concretos en los que se pueden plasmar los derechos: de la A a la Z^e

A. Niveles y condiciones de habitabilidad en servicios y recursos residenciales y de apoyo social.

(Unidades de hospitalización, comunidades terapéuticas, hospitales de día, unidades de rehabilitación, unidades de salud mental comunitaria y recursos residenciales de la Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental -especialmente casas hogar-, etc.).

A.1 Material y condiciones físicas

Suministro de electricidad adecuado.

Temperatura de las salas y habitaciones adecuada.

Presencia de daños (ventanas rotas o paredes dañadas).

Espacios adecuadamente limpios.

A.2 Instalaciones

Hacinamiento.

Acceso adecuado a espacios al aire libre.

Instalaciones accesibles para personas con discapacidad física y discapacidad sensorial.

Disposición adecuada áreas separadas para hombres y mujeres.

A.3 Restauración y alimentos

Suficientes espacios para comer.

Los alimentos son nutritivos.

Los alimentos son por lo general atractivos.

Evidencias de malnutrición entre los pacientes.

Acceso adicional a bocadillos o comidas.

A.4 Agua

Acceso a agua potable durante todo el día.

^e Listado de aspectos adaptado de la información proporcionada en el Proyecto ITHACA (The ITHACA Project Group 2010). ITHACA Toolkit for Monitoring Human Rights and General Health Care in Mental Health and Social Care Institutions. Health Service and Population Research Department, Institute of Psychiatry, King's College, London.

A.5 Ropa

Los pacientes pueden usar ropa de su elección.

Los pacientes utilizan su propia ropa

Los pacientes tienen que usar uniformes / pijamas.

Calidad de limpieza de la ropa y frecuencia.

A.6 Habitaciones

Número de camas en cada habitación.

Los pacientes pueden elegir con quién comparten la habitación.

Las camas son cómodas y están en buen estado.

Sábanas y mantas suficientes (calidad y limpieza).

Los pacientes pueden tener objetos personales y fotografías alrededor de su cama.

Los pacientes pueden mantener artículos personales en espacios seguros (por ejemplo, en armarios o mesitas de noche).

A.7 Iluminación y ventilación

Las personas tienen acceso al suministro de luz.

Hay posibilidad de disfrutar de aire fresco.

Los espacios están bien ventilados.

A.8 Higiene

Existen habitaciones de aseo de libre disposición.

El personal utiliza los mismos aseos que los pacientes.

Privacidad - están debidamente separadas las instalaciones para los hombres y las mujeres (inodoros y duchas).

Los baños y aseos tienen puertas / son visibles desde espacios comunes.

Las instalaciones están limpias.

El papel higiénico está disponible en cantidad suficiente.

El personal está presente mientras los pacientes usan los baños o aseos.

Las mujeres disponen de los suministros necesarios para la higiene femenina, tales como compresas, geles, etc.

B. Ingreso Involuntario y su procedimiento

Los procedimientos legales son adecuados para proceder a la detención involuntaria y se han aplicado plenamente.

Los pacientes detenidos son informados de sus derechos, incluido el derecho a apelar contra la detención.

Los pacientes tienen acceso a la asistencia jurídica y a representación, en relación con el ingreso involuntario.

C. Vida independiente e inclusión social después del alta

Las personas que viven o permanecen ingresados temporalmente realizan actividades de apoyo y seguimiento de la recuperación después del período de tratamiento residencial.

Quién participa en la prestación de apoyo para la recuperación y a quién le gustaría participar en el apoyo.

Existen alternativas a los recursos residenciales en el área local.

Existen medidas y responsables (profesionales o voluntarios) para que la persona se vaya integrando en la comunidad.

D. Participación en la vida cultural, tiempo libre, ocio y deporte

Acceso a periódicos, revistas, libros, radio, televisión, audio y ordenadores.

Tipos de actividades culturales, de ocio, y actividades deportivas que están disponibles para los pacientes en el interior del servicio o recurso.

Tipos de actividades culturales, de ocio, y actividades deportivas que están disponibles para los pacientes fuera del servicio o recurso.

Hay pacientes que no se les permite participar en cualquiera de las actividades. Motivos.

E. Participación en la vida política y pública

Las personas ejercen su derecho al voto. Cómo lo hacen.

Se facilita que las personas ejerzan su derecho a votar. Cómo.

Las personas reciben asistencia en el ejercicio de su derecho a votar.

Hay personas excluidas de votar.

F. Educación, formación, trabajo y empleo

Existen programas de educación disponibles, tanto dentro de los servicios y recursos, como en la

comunidad (por ejemplo, la universidad, la escuela secundaria, programas de capacitación profesional, educación, etc.).

Los pacientes participan en los programas. Medidas de participación.

Los pacientes pueden colaborar como personal no remunerado en el servicio o recurso.

Los pacientes tienen permitido trabajar fuera del servicio o recurso y se les paga igual que a otros miembros de la comunidad.

Los pacientes siguen un proceso para encontrar un empleo.

G. Libertad de religión

Los pacientes tienen oportunidades de acceso para el culto religioso de su elección (dentro y fuera del servicio o recurso).

Existen prácticas religiosas obligatorias.

H. La correspondencia y los visitantes

Los pacientes pueden mantener correspondencia privada con cualquier persona, a través de cartas, teléfono o correo electrónico sin ningún tipo de limitaciones o restricciones.

Los pacientes pueden acceder libremente al uso de teléfono en privado.

Los teléfonos móviles personales se permiten.

Pueden acceder a Internet.

Pueden comunicarse en privado.

El personal lee el correo entrante o saliente. Motivos.

El personal anima a los pacientes a mantener contacto con personas que viven fuera del servicio o recurso.

El personal presta ayuda, en caso necesario, a los pacientes para poder utilizar el teléfono o Internet, o escribir cartas.

Los visitantes están sometidos a restricciones irracionales sobre las horas que pueden hacer visitas.

Los niños pueden hacer visitas y se ha previsto esto (por ejemplo, mediante el acondicionamiento de la sala, la posibilidad de merendar, etc.)

Las salas de visitas son espacios que mantienen la privacidad de los visitantes.

Hay personas que tienen restringido tener visitas. Motivos.

I. Familia y los derechos de privacidad

I.1 Matrimonio

Los pacientes se pueden casar.

I.2 Anticoncepción

Existen opciones de métodos anticonceptivos de libre disposición.

Se han suministrado anticonceptivos sin el consentimiento del paciente.

Los efectos secundarios de la anticoncepción son discutidos con el paciente.

Se pide el consentimiento para tal tratamiento anticonceptivo.

I.3 El embarazo y la crianza de los hijos/as

Las mujeres pacientes se les permiten quedar embarazadas.

Se han quedado muchas pacientes embarazadas en los últimos 12 meses.

Respuesta del servicio o recurso en caso de embarazo.

Los padres disponen de algún tipo de apoyo para la paternidad/maternidad.

Es posible que los padres y el/la hijo/a permanezcan juntos.

I.4 Aborto

Última vez que una paciente haya tenido un aborto.

Quién decide que se debe abortar.

Esta decisión puede ser apelada.

Los familiares son informados desde el inicio de la realización de un aborto.

Existen procedimientos para el consentimiento informado.

Los pacientes son informados sobre el aborto. Tipo de información.

La información sobre el aborto es entendible, clara y adecuada al nivel cultural de las personas.

Se realizan alguna vez abortos sin el consentimiento de los pacientes.

Tipo de apoyo que se da a los pacientes antes de y después de un aborto.

Los paciente que han tenido un aborto, han podido hablar con un monitor sobre todo el proceso (la toma de decisiones, el consentimiento, los resultados /complicaciones).

I.5 Esterilización

Existen procedimientos de forma gratuita y de consentimiento informado.

Tipo de información que se da a los pacientes acerca de la esterilización.

La información sobre esterilización que se proporciona es entendible, clara y adecuada al nivel cultural de las personas.

Quién decide que se debe esterilizar.

Esta decisión puede ser apelada.

Los familiares son informados sobre el inicio de la realización una esterilización.

Existen procedimientos para el consentimiento informado.

Tipo de apoyo que se da a los pacientes antes de y después de una esterilización.

J. Libertad de expresión y de opinión, y el acceso a la información

Los pacientes pueden expresar libremente sus opiniones, plantear preguntas y quejas sin consecuencias negativas del personal.

Existen procedimientos para que los pacientes reciban información sobre temas tan importantes como las normas del servicio, sus derechos, o en la promoción /grupos de autoayuda.

Se facilita información pertinente y comprensible y en los idiomas de los pacientes.

K. Protección contra la tortura, los malos tratos, abuso y negligencia

Existe alguna evidencia de tortura, malos tratos, abuso o negligencia.

Los pacientes han hecho acusaciones de ser maltratados, abusados o descuidados.

L. Contención y aislamiento

Tipos de retención que se utilizan (por ejemplo, habitaciones de aislamiento, y medios para lograrlo).

Se utiliza la reclusión o aislamiento. Si es así, cómo es el cuarto de aislamiento (tamaño, ubicación, disponibilidad de instalaciones, incluyendo aseos, ventana, estado general, capacidad para comunicarse con el personal en caso de emergencia, etc.).

Frecuencia de los aislamientos o del uso de medidas de contención utilizadas y por cuánto tiempo.

Tiempo máximo que alguien ha sido puesto en reclusión en el último año.

Quién autoriza la contención o el aislamiento y bajo qué circunstancias.

Se les permite los pacientes salir del aislamiento para ir al inodoro o en otros momentos.

El aislamiento se ha utilizado alguna vez como un castigo.

El uso de la reclusión o aislamiento es registrado.

La contención y aislamiento son utilizados debido a la insuficiencia de recursos humanos / personal.

Existe alguna inspección periódica externa de la contención/ políticas de aislamiento y las prácticas.

M. Habilitación y rehabilitación

A los pacientes se les permite asumir responsabilidades y hacer cosas significativas para la persona (por ejemplo, las tareas cotidianas, aficiones, estudios).

Existen actividades de rehabilitación disponibles (por ejemplo, actividades creativas, el trabajo-terapia y oportunidades de aprender nuevas habilidades).

Los pacientes pueden elegir las actividades que les gustaría hacer.

Las actividades son significativas y agradables o simplemente son tareas repetitivas y aburridas.

Los pacientes tienen disponibles todas las formas de apoyo de los compañeros o ayuda mutua.

N. Consentimiento para el tratamiento

Existe un procedimiento utilizado en el servicio o recurso para obtener su consentimiento informado para el tratamiento. Tipo.

Existe un procedimiento en caso de que el paciente se niegue al tratamiento.

El tratamiento se impone en alguna circunstancia.

Existe un procedimiento para que un paciente pueda apelar contra una decisión sobre el tratamiento sin el consentimiento.

Las órdenes de tratamiento involuntario son revisadas sistemáticamente por un órgano independiente.

Ñ. Acceso a la atención de la salud física especializada

Existen dificultades para obtener cuidados de la salud física para quien lo requiera.

Tipos de problemas físicos de salud más importantes en el último año.

Los pacientes tienen acceso a chequeos de la salud física de manera regular.

Procedimiento utilizado cuando los pacientes necesitan asistencia especializada debido a salud física.

O. Acceso a servicios de salud mental

Los pacientes pueden ver a un psiquiatra u otro profesional de la salud mental cuando lo requieran.

Frecuencia con la que un paciente por lo general se reúne con un psiquiatra o un profesional de salud mental.

Número de horas a la semana en las que hay un psiquiatra o un profesional de salud mental presente en la unidad.

Duración de una sesión con un psiquiatra o profesional de salud mental.

Estas reuniones son en privado.

Tipo de evaluación y tratamiento disponibles en una crisis debido al trastorno mental.

P. Acceso a los médicos generales /médicos de familia

Los pacientes pueden ver a un médico de familia de su elección cuando lo necesitan.

Los profesionales de atención primaria reciben formación para hacer frente a la atención de la salud y las necesidades de las personas con problemas de salud mental.

Q. Acceso al personal de enfermería y otros profesionales de la atención

Los pacientes pueden ver a una enfermera u otro personal de su elección cuando lo necesitan.

Los profesionales de enfermería y otros profesionales reciben formación para hacer frente a la atención de la salud y las necesidades de las personas con problemas de salud mental.

Los profesionales de enfermería y otros profesionales proporcionan una atención de calidad.

Los profesionales de enfermería y otros profesionales tienen actitudes centradas en la persona.

R. Los medicamentos para condiciones mentales y físicas

Los medicamentos son prescritos de forma regular

Los medicamentos son administrados de acuerdo con guías de práctica clínica.

Los medicamentos son almacenados adecuadamente.

Los efectos secundarios observados por los pacientes son tomados en consideración por parte del personal y actúan en consecuencia.

Las preferencias de los pacientes, por ejemplo, respecto a la vía de administración se tienen en cuenta.

Existe alguna evidencia de un exceso de medicación de los pacientes para facilitar el manejo del servicio en lugar de realizar intervenciones individualizadas (por ejemplo, se observan efectos

físicos secundarios de algunos medicamentos como somnolencia, babeo, incapaz de comunicarse, arrastra los pies...).

Procedimiento cuando un paciente no quiere tomar su medicación.

Existencia de un registro escrito sobre el tratamiento y las dosis.

S. Evaluación de la salud física en la admisión

Las condiciones de salud física son examinadas en el ingreso. Quién realiza esta evaluación.

Los resultados de la evaluación y las posibles consecuencias del tratamiento son explicados con claridad a los pacientes.

Esta evaluación médica es realizada con el debido respecto al género, cultura y religión.

Procedimiento si un paciente se niega a realizar el examen.

T. Diagnóstico (física y mental)

Los profesionales cualificados llevan a cabo una evaluación sobre salud física y su diagnóstico.

Los profesionales cualificados llevan a cabo una evaluación sobre salud mental y su diagnóstico.

U. Terapia electro-convulsiva (TEC)

Se utiliza la TEC en el servicio o recurso.

La TEC es aplicada con o sin sedación / anestesia / relajantes musculares.

Se registran los detalles de cada tratamiento de TEC.

Se informa sobre los efectos secundarios.

La TEC es usada de una manera que es percibida por pacientes como una forma de castigo.

Procedimiento si un paciente se niega a realizar la TEC.

X. El alcohol, los cigarrillos y las drogas ilegales

El alcohol está disponible para los pacientes de la misma forma que en la comunidad local.

El tabaco está disponible para los pacientes de la misma forma que en la comunidad local.

El personal presta atención sobre el uso de drogas ilegales por parte de los pacientes.

Tipos de asistencia y apoyo disponibles para los pacientes con:

- 1 Problemas con el alcohol
- 2 Problemas de tabaquismo
- 3 Problemas con drogas

Y. Participación en planes de atención

Los pacientes participan en la toma de decisiones y planes respecto a su tratamiento y la rehabilitación.

Cada paciente tiene su propio plan de cuidados.

Procedimiento de participación de los pacientes en la formación de sus planes de atención.

Los pacientes pueden cuestionar y desafiar el contenido de sus planes de atención.

Los planes de atención individualizada especifican la medicación y los acuerdos terapéuticos.

Frecuencia de revisión de los planes.

Los planes de atención están disponibles en los idiomas comprensibles para los pacientes.

Z. Consentimiento para participar en proyectos de investigación

Existe un proceso de consentimiento por escrito para participar en investigaciones.

Existe un proceso independiente de ética para la aprobación de proyectos de investigación.

Los participantes tienen suficiente información para tomar una decisión informada.

La investigación es llevada a cabo con personas que tienen la capacidad de consentimiento.

La participación es remunerada.

Existe alguna restricción sobre el acceso a la atención habitual para aquellos pacientes que no están de acuerdo en participar en la investigación.

Referencias bibliográficas

-
- ¹ ONU. (2006). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD). Nueva York.
- ² Fernández, J.M. (2011). “No hay concienciación generalizada acerca de la igualdad de todas las personas”. Miradas. Revista Cuatrimestral de ANFAS. Dic 2011:12-13.
<http://issuu.com/anfasnavarra/docs/miradasdiciembre>
- ³ Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (2008). II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012. Sevilla.
- ⁴ Consejería para la Igualdad y Bienestar Social (2011). II Plan de acción integral para personas con discapacidad de Andalucía. Sevilla.
- ⁵ World Health Organization (2012) WHO QualityRights tool kit to assess and improve quality and human rights in mental health and social care facilities. Geneve.
- ⁶ European Commission and Portuguese Ministry of Health. (2010). Background document for the thematic conference: “Promoting Social Inclusion and Combating Stigma for better Mental Health and Well-being”. 8th-9th November, Lisbon.
- ⁷ The ITHACA Project Group (2010). ITHACA Toolkit for Monitoring Human Rights and General Health Care in Mental Health and Social Care Institutions. Health Service and Population Research Department, Institute of Psychiatry, King’s College London, London.
- ⁸ Leal, J. (2009). Violencia, maltrato y sufrimiento en las instituciones. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Violencia y salud mental. Ponencias del XXIV Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría Cádiz, 3-6 de junio de 2009.
- ⁹ Cordié, A. (1998). *Malaise chez l’enseignant. L’éducation confrontée à la psychanalyse*. París: Le Seuil.
- ¹⁰ Barudy, G. (2008). *El dolor invisible de la infancia*. Barcelona: Paidós.
- ¹¹ Escudero, A. y Polo, C. (2006). La continuidad de cuidados en las mujeres víctimas de violencia de género. En Leal, J.; Escudero, A. *La continuidad de cuidados y el trabajo en red en salud mental*. Madrid: AEN.
- ¹² SIIS. Centro de Documentación y Estudios. (2001). Los derechos de los residentes y las especificidades del medio residencial ¿cómo compaginarlos?). Fundación Eguía-Careaga
- ¹³ Gómez, R. (2003). *El médico como persona en la relación médico-paciente*. Madrid: Fundamentos.
- ¹⁴ Asociación de usuarios de Salud Mental de Cataluña (ADEMM). (2007). La relación entre los usuarios y los profesionales en el ámbito de la Salud Mental. La opinión de los usuarios y usuarias. Barcelona.
- ¹⁵ Asociación de usuarios de Salud Mental de Cataluña (ADEMM). (2009). La relación entre las personas usuarias y profesionales en el ámbito de la salud mental. La opinión desde el colectivo de usuarios y profesionales. Proyecto ADEMM: Concienciación y empoderamiento de los usuarios. Divulgación de sus opiniones. Barcelona.

-
- ¹⁶ OMS. (1980). Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM). Bruselas: OMS.
- ¹⁷ OMS. (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Bruselas: OMS.
- ¹⁸ OMS. (2006). Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derecho Humanos y Legislación. Ginebra: OMS.
- ¹⁹ Ministerio de trabajo y de Asuntos Sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMERSO)(2003). II Plan de Acción para las personas con discapacidad 2003-2007.
- ²⁰ Consejería para la Igualdad y Bienestar Social Junta de Andalucía (2006). Mejora de la Calidad de la atención a personas con discapacidad en Andalucía. Dirección General de Personas con Discapacidad.
- ²¹ ONU. (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos. Disponible en: <http://www.un.org/en/documents/udhr/>
- ²² ONU. (1984). Convención contra la Tortura y otros tratos o castigos crueles, inhumanos o degradantes. Disponible en: [http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/898586b1dc7b4043c1256a450044f331/a3bd1b9d20ea373c1257046004c1479/\\$FILE/G0542837.pdf](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/898586b1dc7b4043c1256a450044f331/a3bd1b9d20ea373c1257046004c1479/$FILE/G0542837.pdf)
- ²³ ONU. (2002). Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes. Costa Rica. Disponible en: <http://www2.ohchr.org/english/law/cat-one.htm>
- ²⁴ ONU. Subcomité para la Prevención de la Tortura (SPT). Disponible en: <http://www2.ohchr.org/english/bodies/cat/opcat/index.htm>
- ²⁵ Red Iberoamericana de Expertos en la Convención de Derechos de las personas con Discapacidad. Disponible en: <http://www.redcdpd.org/>
- ²⁶ Santos Urbaneja, F. (2007). La conquista de la dignidad de las personas discapacitadas: Un largo camino. La Discapacidad en clave de solidaridad. Foro Andaluz del Bienestar Mental. “Considerando” – Revista del Ilustre Colegio de Abogados de Lucena (Córdoba).
- ²⁷ España (2008). Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006. Boletín Oficial del Estado, 21 de abril de 2008, núm. 96, p.20648-20658.
- ²⁸ ONU. (1975). Declaración sobre los Derechos de las personas Impedidas. Nueva York: Asamblea General de las Naciones Unidas.
- ²⁹ ONU. (1982). Programa de Acción Mundial para las Personas Impedidas (Resolución 37/52). Nueva York: Asamblea General de las Naciones Unidas.
- ³⁰ ONU. (1993). Estándares sobre la igualdad de oportunidades para las Personas con Discapacidad (Resolución 48/96). Nueva York: Asamblea General de las Naciones Unidas.
- ³¹ ONU. (1991). Principios para la Protección de las Personas con Retraso Mental, La enfermedad y la Mejora de la Atención de Salud Mental (Resolución 46/119). Nueva York: Asamblea General de las Naciones Unidas.

-
- ³² OMS. (1996a). Directrices sobre los derechos humanos de las personas con trastornos mentales. Ginebra: OMS.
- ³³ OMS. (1996b). Atención a la salud mental: diez principios básicos. Ginebra: OMS.
- ³⁴ Barrios, L.F. (2010). Derechos Humanos y salud mental en Europa. Revista Norte de Salud Mental. Feb; 8(36):55-67.
- ³⁵ Declaración de Caracas (1990). Adoptada el 14 de Noviembre de 1990 por la Conferencia Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, organizada en Caracas, Venezuela por la Organización Panamericana de la Salud/ Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas. Disponible en: (<http://www.who.int/whr2001/2001/main/en/boxes/box3.3.htm>).
- ³⁶ Recomendación Rec (2004) 10 del Consejo de Europa, relativa a la protección de los derechos humanos y a la dignidad de las personas aquejadas de trastornos mentales, de 22.9.2004.
- ³⁷ Recomendación CM/Rec (2009) 3 del Comité de Ministros a los Estados miembros sobre seguimiento de la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas que padecen trastornos mentales, de 20.05.2009.
- ³⁸ United Nations Human Rights (2010). FORGOTTEN EUROPEANS-FORGOTTEN RIGHTS. Oficina del Alto Comisionado de Derechos Humanos para Europa.
- ³⁹ CERMI (2010). Derechos humanos y Discapacidad. Informe España 2010. CERMI
- ⁴⁰ España. Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Boletín Oficial del Estado. Martes 2 de agosto de 2011, Núm. 184 Núm. 184, Sec. I. Pág. 87478.
- ⁴¹ Santos Urbaneja, F (2011). Comentario a la Ley Nacional de Salud Mental Argentina 26.657. Contrapunto con la Experiencia Española. Disponible en: <http://fernandosantourbaneja.blogspot.com/>
- ⁴² Argentina (2010). Ley nacional de salud mental 26.657. Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina.
- ⁴³ Arboleda-Flórez, J. (2001). Stigmatization and human rights violations. World Health Organization, Mental Health: A Call for Action by World Health Ministers. Ginebra, OMS: 57-70.
- ⁴⁴ Estigma y atención a la salud física - Video. (2011) <http://www.1decada4.es/profsalud/estigma/>
- ⁴⁵ Gervás J., Pérez M. (2011) El enfermo mental espera respeto del profesional. Varios ejemplos. Norte de Salud Mental. 2011 Voll IX (41)
- ⁴⁶ Amnistía Internacional (2011). Derechos a la intemperie. Obstáculos para hacer valer los derechos económicos, sociales y culturales en España. Sección española de Amnistía Internacional.
- ⁴⁷ Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, 15 de noviembre de 2002.
- ⁴⁸ Santander, F. y Hernanz, M. (2000). Los comités de ética asistencial en el campo de la salud mental. GOZE Vo. I II Nº 10, octubre.

-
- ⁴⁹ ONU (2011). Examen de los informes presentados por los Estados partes en virtud del artículo 35 de la CDPD. Observaciones finales del Comité sobre los derechos de las Personas con discapacidad a España. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.
- ⁵⁰ Elwyn, Glyn; Edwards, Adrian (2009). Shared decision-making in health care: Achieving evidence-based patient choice (2nd ed.). Oxford University Press. ISBN 0-19-954627-4
- ⁵¹ Salzburg Global Seminar (2011-03-22). "The Salzburg Statement on Shared Decision Making". BMJ. Retrieved 28 March 2011
- ⁵² OMS (2010). Empoderamiento del usuario de salud mental. Declaración de la Oficina Regional para Europa de la OMS.
- ⁵³ Disability Rights Commission. (2006a). Formal Investigation Report Part 1: Equal Treatment: Closing the Gap. A formal investigation into physical health inequalities experienced by people with learning disabilities and/or mental health problems. DRC: London, 2006a.
- ⁵⁴ Disability Rights Commission. (2006b). Formal Investigation Report Part 2: Report of the DRC Formal Inquiry Panel to the DRC's Formal Investigation. The inequalities in physical health experienced by people with mental health problems and people with learning disabilities. DRC: London.
- ⁵⁵ - Bono del Trigo, A (2011). Estigma y atención a la salud general de las personas con enfermedad mental. Estrategia contra el estigma 1decada4. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
- ⁵⁶ FAISEM, Fundación Andaluza de Integración Social del Enfermo Mental (2006). Plan de Calidad 2006 – 2010. http://www.faisem.es/ficheros/Plan_Calidad.pdf
- ⁵⁷ Informe monográfico a la Junta General del Principado de Asturias. (2010). La salud mental y los derechos de las personas afectadas en Asturias. Institución de la Procuradora General del Principado de Asturias.
- ⁵⁸ ASAENEC y la Comisión de Discapacidad y Dependencias del Colegio de Abogados de Córdoba. (2011) Manifiesto sobre la Atención en Salud Mental en la Ciudad de Córdoba.
- ⁵⁹ FEAFES Andalucía http://www.feafesandalucia.org/images/stories/reivindicaciones_FEAFES_A_2012.pdf
- ⁶⁰ FEAPS (2011). Guía "Defendemos nuestros derechos día a día".
- ⁶¹ Gobierno del Principado de Asturias (2011). Carta de derechos y deberes de las personas usuarias de los Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias.
- ⁶² Ariza Conejero, M.J. (2011). Instrucciones Previas en Salud Mental (inédito).
- ⁶³ Federación Andaluza de Asociaciones de usuarios/as Salud Mental. En Primera Persona. www.enprimerapersona.org
- ⁶⁴ Healthier Scotland (2007). The new mental health act: an easy read guide. Scottish Executive, Edinburgh.
- ⁶⁵ New Zealand Mental Health Commission (2010). Advance directives. Disponible en: <http://www.mhc.govt.nz/publications/advance-directives-mental-health-care-and-treatment-0>
- ⁶⁶ JAN's Red de Acomodación en el empleo (2010). Empleados con Trastornos de Salud Mental.

⁶⁷ Servicio Andaluz de Salud (2010). Protocolo de Contención mecánica. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

⁶⁸ Servicio Andaluz de Salud (2010). Ambiente Terapéutico. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

⁶⁹ Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (2006). Proceso Asistencial Integrado Trastorno Mental Grave (PAITMG).

http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/trastorno_mental_grave/trastorno_mental_grave.pdf

⁷⁰ Libro Verde: Mejorar la Salud Mental de la población. (2005). Hacia una estrategia de la Unión Europea en Salud Mental. Comisión de las Comunidades Europeas.

⁷¹ Sennett, R. (2003). *El respeto. Sobre la dignidad del hombre en el mundo de la desigualdad*. Buenos Aires: Anagrama.

⁷² Leal, J. (2006). La relación en los cuidados y el trabajo en red en Salud Mental. En Leal, J y Escudero, A. *La continuidad de cuidados y el trabajo en red en salud mental*. Madrid: AEN.

⁷³ Cortina, A. (2007). *Ética de la razón cordial. Educar en la ciudadanía en el siglo XXI*. Oviedo: Nobel.

⁷⁴ Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (2008). II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012. Sevilla.

⁷⁵ Consejería para la Igualdad y Bienestar Social (2011). II Plan de acción integral para personas con discapacidad de Andalucía. Sevilla.



Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL



**Plan Integral
de Salud Mental
de Andalucía**