



confederación
SALUD MENTAL
españa

**INFORME sobre el estado
de los DERECHOS HUMANOS
de las PERSONAS CON
TRASTORNOS MENTALES en
ESPAÑA**

2015

Índice

1. INTRODUCCIÓN	4
2. VULNERACIONES DETECTADAS	7
2.1. Derecho de las mujeres a la igualdad y no discriminación	7
2.1.1. Porcentaje de demandas atendidas	8
2.1.2. Perfil de las/los demandantes de asesoramiento	9
2.1.3. Modo de acceso al servicio	11
2.1.4. Tipo de demandas planteadas	12
2.1.5. Denuncia de vulneración: Necesidad de atender a la violencia de género que sufren las mujeres con enfermedad mental	13
2.2. Derechos de los niños y niñas con discapacidad	15
2.2.1. Denuncia de vulneración: Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia	16
2.2. Denuncia de vulneración: Tratamiento en los medios de comunicación de la muerte de un profesor del Instituto Joan Fuster de Barcelona	20
2.3. Toma de conciencia	20
2.3.1. Denuncia de vulneración: Discriminación y prejuicio en campaña publicitaria	20
2.3.2. Logro alcanzado: Lucha contra el estigma	21
2.4. Derecho a la vida	22
2.4.1. Denuncia de vulneración: Pérdida de la vida por no poner las medidas necesarias para garantizar su goce efectivo	22
2.5. Acceso a la justicia	23
2.5.1. Denuncia de vulneración: No ejecución de sentencia judicial	28
2.6. Libertad y seguridad	28
2.6.1. Denuncia de vulneración: No ejecución de sentencia judicial: El Defensor del Pueblo publica un informe en el que revela posibles fallos en la detección de situaciones de riesgo vinculadas a ciertos trastornos psiquiátricos en una prisión de Mahón	29
2.6.2. Denuncia de vulneración: Fallecimiento de un ciudadano español con trastorno mental en una prisión de Francia	29
2.7. Protección de la integridad personal	31

2.8. Derecho a la Salud	33
2.8.1. Denuncia de vulneración: Fallecimiento de una joven embarazada en una Unidad de Internamiento Breve	35
2.8.2. Denuncia de vulneración: Un preso con esquizofrenia en Morón pide su traslado por llevar 23 meses sin recibir tratamiento	36
2.9. Nivel de vida adecuado y protección social	36
2.9.1. Denuncia de vulneración: Desahucio sin garantías	36

3. ANEXOS **39**

Anexo I: Propuesta de intervención terapéutica. Alternativa al Tratamiento Ambulatorio Involuntario (TAI). Confederación FEAFES. Octubre de 2009	39
Anexo II: Medidas terapéuticas para evitar tener que recurrir a medidas coactivas. Confederación FEAFES. Mayo de 2013	48
Anexo III: Informe del Comité Jurídico de Confederación FEAFES “El ingreso involuntario a la luz de la Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Confederación FEAFES. Mayo de 2015	54

4. FUENTES DOCUMENTALES **71**

Informe elaborado por:

Con la financiación de:



1. INTRODUCCIÓN

La **Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA** (en adelante, Confederación) es una **entidad sin ánimo de lucro, de interés social y declarada de Utilidad Pública** que surgió con la denominación de FEAFES en el año 1983. En la actualidad, integra a 19 federaciones autonómicas y asociaciones uniprovinciales, las cuales agrupan a cerca de 300 asociaciones y suman más de 44.000 socios y socias en todo el territorio estatal.

Desde junio del año 2015 FEAFES pasa a denominarse Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA, ofreciendo a la sociedad una visión positiva más cercana al concepto de “salud mental” y alejándose del de “enfermedad mental”. De esta forma, se propicia que el conjunto de la sociedad se sienta interpelada directamente por el mensaje de la Confederación; ya que el nuevo nombre diluye la diferenciación entre personas sanas y personas con enfermedad, en tanto que todos debemos cuidar la salud mental.

La **misión** de la Confederación es **mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedad mental y sus familias, defender sus derechos y representar al movimiento asociativo.**

Así, **se reconoce como un movimiento de acogida, apoyo, autoayuda, atención y representación de las personas con enfermedad mental y sus familias**, que proyecta interna y externamente un discurso normalizador del trastorno mental.

Como principales **objetivos**, busca **asegurar el derecho de una atención de calidad e individualizada** a todas las personas con trastorno mental (discapacidad psicosocial) **en el ámbito comunitario**, la **igualdad de oportunidades** para este colectivo, así como la **promoción de la salud mental en la población.**

Siguiendo estos objetivos, a partir de la entrada en vigor de la **Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad** (en adelante, CDPD), la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA ha hecho un continuado **seguimiento de su aplicación en nuestro país y ha situado la detección y estudio de las eventuales vulneraciones de los derechos**

humanos contenidos en este tratado un objetivo prioritario del trabajo de su Comité Jurídico. Asimismo, ha colaborado en esta materia con el CERMI (Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad), que ha asumido las funciones de organismo independiente para el seguimiento de la aplicación de la Convención en España¹, para poner de relieve tales vulneraciones.

El presente informe se enmarca en las actividades realizadas por la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA con el programa “**Promoción de la Salud Mental y Prevención de la Exclusión**” financiado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad a través de la convocatoria de subvenciones con cargo al IRPF 2014-2015.

El **contenido del informe** es fruto de los trabajos efectuados a lo largo de 2015 por la **Asesoría Jurídica y el Comité Jurídico**, órgano asesor técnico de la Comisión Permanente y de la Junta Directiva de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA y **se espera que constituya un instrumento de visibilización de la discriminación que sufren los hombres y las mujeres con trastorno mental, con el fin de concienciar a la sociedad sobre las vulneraciones de sus derechos.**

La **protección de los derechos de la población con trastornos mentales** (discapacidad psicosocial) **requiere efectuar un análisis completo de su situación y necesidades específicas, abordando esta realidad en toda su complejidad para poder adoptar medidas adecuadas y efectivas.** Así, desde una perspectiva dialéctica, dinámica y sistémica, utilizando la triangulación como estrategia de investigación y análisis, se ha adoptado un enfoque multidimensional, abierto a todos los aspectos de la realidad objeto de estudio.

Siguiendo estos parámetros y en consonancia con el nuevo paradigma introducido por la CDPD, se parte de una noción de discapacidad entendida como resultado de un contexto que alza barreras e impide o dificulta a la persona su plena participación e inclusión en la sociedad. Este análisis se estructura a partir del propio contenido de la CDPD, como documento de referencia en

¹ El CERMI ha sido nombrado formalmente por acuerdo del Consejo Nacional de la Discapacidad en septiembre de 2008, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 33.2 de la Convención. Esta designación se reiteró por mandato normativo, en virtud de lo contenido en la Disposición adicional primera del Real Decreto 1276/2011, de 16 de septiembre, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

materia de derechos humanos, destacando las vulneraciones más significativas que se han detectado a lo largo del año 2015 y que se han podido documentar. De este modo, siguiendo los preceptos de la CDPD, se procede a un estudio ordenado del estado de protección de los derechos de las personas con trastornos mentales (discapacidad psicosocial) desde una perspectiva interseccional y de derechos humanos, tratando de destacar las concretas circunstancias que pueden incidir en el efectivo ejercicio de sus derechos.

2. VULNERACIONES DETECTADAS

2.1 DERECHO DE LAS MUJERES A LA IGUALDAD Y NO DISCRIMINACIÓN

Artículo 6 CDPD

1. Los Estados Partes reconocen que las mujeres y niñas con discapacidad están sujetas a múltiples formas de discriminación y, a ese respecto, adoptarán medidas para asegurar que puedan disfrutar plenamente y en igualdad de condiciones de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.
2. Los Estados Partes tomarán todas las medidas pertinentes para asegurar el pleno desarrollo, adelanto y potenciación de la mujer, con el propósito de garantizarle el ejercicio y goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales establecidos en la presente Convención.

La incorporación de la perspectiva de género en el trabajo de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA, materializada a través de diferentes acciones, tiene su razón de ser en los tratados y estándares internacionales en materia de derechos humanos. Así, la propia Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Género del Parlamento Europeo puso de manifiesto la injustificable exclusión de la perspectiva de género de la salud mental a propósito de la publicación por la Comisión Europea del Libro Verde sobre la Salud Mental.² Este documento destaca la existencia de una "*clara dimensión de género en el campo de la salud mental, en particular en lo referente a los trastornos alimentarios, las enfermedades neurodegenerativas, la esquizofrenia, los trastornos del estado de ánimo, la ansiedad, el pánico y la depresión*"; así como el hecho de que no se haya tenido en cuenta "*suficientemente*" la dimensión de género en este ámbito.

Toda organización ha de incorporar la igualdad de género como un derecho fundamental, un valor común de la Unión Europea (UE) y una condición necesaria para alcanzar sus objetivos.³ Concretamente, el Consejo de Europa definió el *mainstreaming* de género como «*la organización (la reorganización), la mejora, el desarrollo y la evaluación de los procesos políticos, de modo que*

² COMISIÓN EUROPEA, Libro Verde "Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental", 14 de octubre de 2005, disponible en:

http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_es.pdf

Asimismo, se puede obtener información relacionada en:

<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=URISERV:c11570c>

³ COMUNIDADES EUROPEAS, *Manual para la perspectiva de género en las políticas de empleo, de inclusión social y de protección social*, Dirección General de Empleo, Asuntos Sociales e Igualdad de Oportunidades, Unidad G1, Ed. Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo, 2008, pp.3-11.

una perspectiva de igualdad de género se incorpore en todas las políticas, a todos los niveles y en todas las etapas, por los actores normalmente involucrados en la adopción de medidas políticas». Desde su formulación en la IV Conferencia Internacional de la Mujer (Beijing, 1995), este concepto ha constituido la herramienta más adecuada para avanzar en la incorporación del principio de igualdad entre mujeres y hombres en las políticas públicas y, al mismo tiempo, para la efectiva aplicación del Derecho.

Todo ello se ve reforzado por el reconocimiento que la Convención de la ONU *sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* ha efectuado en 2006 (preámbulo y art.6) en relación a la mayor exposición de las mujeres y niñas a la vulneración de sus derechos y la sujeción a diferentes formas de discriminación.

Así, en el contexto de la actividad de asesoramiento jurídico de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA se ha venido analizando a lo largo de los últimos años la incidencia del factor género con el fin de sacar a la luz la realidad, generalmente invisibilizada, de las mujeres que enfrentan los efectos de un trastorno mental, tanto como afectadas, familiares, profesionales u otros.⁴

El presente informe, basado en los datos recabados durante el año 2015, analiza cuatro indicadores básicos:

1. Porcentaje de demandas atendidas
2. Perfil de las/los demandantes de asesoramiento
3. Modo de acceso al servicio
4. Tipo de demandas planteadas

2.1.1. Porcentaje de demandas atendidas

Durante el año 2015 se han atendido por el Servicio de Asesoría Jurídica de la Confederación 172 demandas de información sobre las que se ha podido recabar todos los datos relevantes a efectos

⁴ CONFEDERACIÓN SALUD MENTAL ESPAÑA, Informe desagregado por género de las demandas de asesoría jurídica durante el año 2015.

de este estudio. De las 172 demandas analizadas, un 68% fueron efectuadas por mujeres y un 32% por hombres.

A la vista de los porcentajes extraídos, se confirma la tendencia advertida en informes anteriores, en los que se apreciaba en términos generales una mayor proporción de consultas jurídicas efectuada por mujeres.

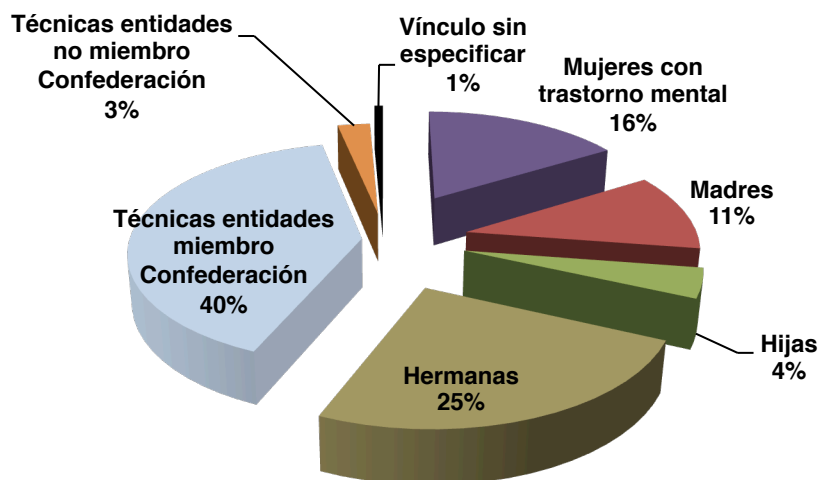
2.1.2. Perfil de las/los demandantes de asesoramiento

A la hora de estudiar el perfil de las/los usuarios del servicio de asesoría jurídica se han tenido en cuenta los siguientes ítems:

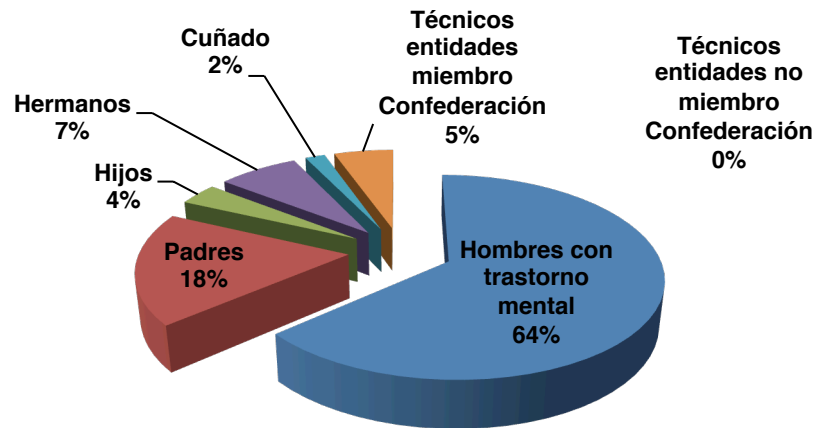
- Se trata de una persona con trastorno mental
- Se trata de una persona vinculada afectivamente por lazos de familia o de otro tipo (padre o madre, hijas/os, hermanas/os, cónyuge o pareja, etc.)
- Se trata de un/a profesional de entidades pertenecientes o no a la Confederación.

Los datos, como se verán a continuación, revelan que, en términos porcentuales, hay un mayor empoderamiento de los hombres con respecto a las mujeres, manteniéndose estas mayoritariamente en el rol de cuidadoras.

El perfil de las **mujeres** que han acudido al servicio, tomando como base que **representan el 68%** del total de demandas atendidas, es el siguiente:



El perfil de los **hombres** que han acudido al servicio, tomando como base que **representan el 32%** del total de demandas atendidas, es el siguiente:



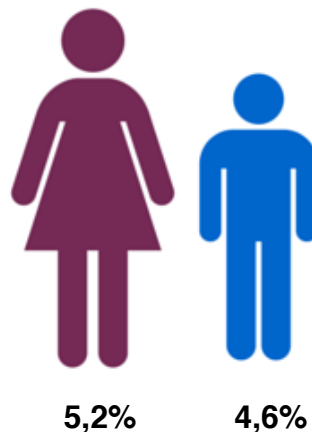
2.1.3. Modo de acceso al servicio por parte de los/as usuarios/as

Los datos revelan que, en términos porcentuales, existe una preferencia muy destacada por los medios de atención directa por parte de las mujeres (presencial y telefónica), por encima de la vía electrónica que es la opción mayoritariamente utilizada por los hombres. Asimismo, el recurso al correo tradicional ha sido un medio exclusivamente utilizado por las mujeres en el periodo estudiado.

Correo electrónico: 60%

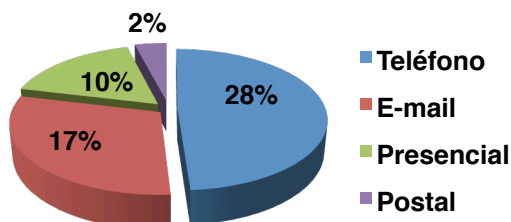
Presencial: 9'8%

Telefónico: 27'9%

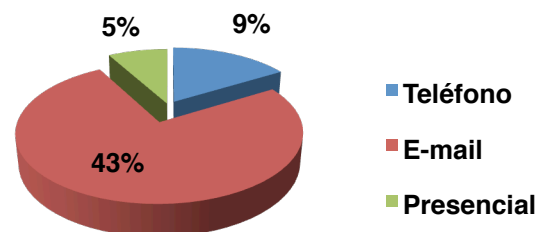


La **vía postal** ha sido utilizada por 2,3% de mujeres y un 0% de hombres.







Acceso al servicio **Mujeres**



Acceso al servicio **Hombres**



2.1.4. Tipo de demandas planteadas

Tipo de demanda	Valor	Tipo de demanda	Valor
Civil: internamientos no voluntarios, incapacitación, sucesiones, familia,  70,5% 29,5%	35,5%	Cuestiones laborales  87,5% 12,5%	4%
		Cuestiones administrativas  57,2% 42,8%	
Derechos fundamentales/derechos humanos  76,5% 23,5%	13%	Cuestiones internacionales  75% 25%	7%
		Cuestiones penales  75% 25%	

A la luz de estos datos se puede concluir que la proporción entre las solicitudes de atención efectuadas por mujeres es sensiblemente superior a las planteadas por hombres. Sin embargo, los datos revelan que de esas solicitudes, la mayor parte responden al ejercicio del rol de cuidadora que las mujeres todavía ostentan; constatándose un nivel de empoderamiento significativamente menor con respecto a los hombres.

Además, se advierte una preponderancia en la utilización de los medios de atención directa e, incluso, correo postal, por parte de las mujeres (presencial y telefónica); lo cual contrasta con el recurso a la vía electrónica que es la opción mayoritariamente utilizada por los hombres. Sin perjuicio de lo anterior, es importante destacar que en esta decisión influyen múltiples factores, como la propia oferta del servicio de asesoría jurídica (mucho más limitada en lo que a citas presenciales y telefónicas se refiere).

Finalmente, llama la atención la mayor incidencia de la preocupación de las mujeres por cuestiones laborales, civiles, penales, fiscales y mercantiles; así como en materia de derechos humanos, aunque todavía este apartado no es el que mayor índice de demandas suscita, pese a su incuestionable relevancia.

2.1.5. Denuncia de vulneración: Necesidad de atender a la violencia de género que sufren las mujeres con enfermedad mental

Una investigación realizada por FEDEAFES, federación miembro de SALUD MENTAL ESPAÑA, desvela que el riesgo de sufrir violencia por parte de la pareja o ex pareja se multiplica por dos o tres veces cuando se tiene una enfermedad mental grave.

Se destacan tres acciones fundamentales emprendidas por esta entidad:

1. Diagnóstico sobre la situación frente a la igualdad de hombres y mujeres en FEDEAFES
2. Talleres de sensibilización sobre mujeres con enfermedad mental y violencia de género
3. Campaña con el título "Salud mental y mujer", con la que se han distribuido folletos informativos

La primera se trata de un estudio, apoyado por el Departamento de Empleo y Políticas Sociales, que incluye la dimensión de género en los problemas de salud mental y los efectos de la discriminación a la mujer.⁵

La segunda consiste en un ciclo de talleres sobre violencia de género para mujeres con enfermedad mental en prisión, con el fin de prevenir este tipo de situaciones.⁶

La tercera, partiendo del estudio efectuado, actúa sobre la realidad a partir de la identificación de las principales causas de la misma, como son: la menor credibilidad que se concede al relato de estas mujeres; las mayores probabilidades de situarse en relaciones desiguales, debido a carencias emocionales; las menores posibilidades de defensa; las mayores dificultades de acceso a la información y a los servicios, en parte relacionadas con su enfermedad y con el estigma asociado a ella; así como el menor grado de autoestima y reconocimiento personal, debido en ocasiones a la discriminación social vinculada a la enfermedad mental.⁷

Fruto de todas estas acciones previas, FEDEAFES ha estado en condiciones de denunciar la doble discriminación que sufren las mujeres con trastornos mentales, reclamar la incorporación de la perspectiva de género en las cuestiones relacionadas con la salud mental e incidir en la importancia de organizar talleres, grupos y cursos para mujeres con enfermedad mental que impulsen su participación social e inserción laboral especialmente en sectores tradicionalmente masculinizados. Además, ha reivindicado que los organismos para la igualdad entre mujeres y hombres tengan en cuenta en sus acciones las necesidades específicas de las mujeres con enfermedad mental y propone impulsar la participación de los hombres en los programas relacionados con el cuidado de las personas con trastorno mental.⁸

⁵ Vid. FEDEAFES, *Diagnóstico sobre la situación frente a la igualdad de hombres y mujeres en FEDEAFES*. Este estudio, publicado en 2014, está disponible en: <https://consaludmental.org/centro-documentacion/diagnostico-igualdad-mujeres-fedeaefes-22806/>

⁶ CONFEDERACIÓN SALUD MENTAL ESPAÑA, Tag: FEDEAFES, disponible en:

<https://consaludmental.org/tag/fedeaefes/>

⁷ *Ibid.*

⁸ ABC.es, "FEDEAFES denuncia la "doble" discriminación que sufren las enfermas psíquicas", publicado el 9 de marzo de 2015 en: <http://agencias.abc.es/agencias/noticia.asp?noticia=1811306>

2.2 DERECHOS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS CON DISCAPACIDAD

Artículo 7 CDPD

1. Los Estados Partes tomarán todas las medidas necesarias para asegurar que todos los niños y las niñas con discapacidad gocen plenamente de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en igualdad de condiciones con los demás niños y niñas.
2. En todas las actividades relacionadas con los niños y las niñas con discapacidad, una consideración primordial será la protección del interés superior del niño.
3. Los Estados Partes garantizarán que los niños y las niñas con discapacidad tengan derecho a expresar su opinión libremente sobre todas las cuestiones que les afecten, opinión que recibirá la debida consideración teniendo en cuenta su edad y madurez, en igualdad de condiciones con los demás niños y niñas, y a recibir asistencia apropiada con arreglo a su discapacidad y edad para poder ejercer ese derecho.

En el seno del 16º Congreso Internacional de la Sociedad Europea de Psiquiatría Infantil y Adolescente (Escap 2015), celebrado en Madrid, se ha puesto de relieve que la cantidad de los niños y adolescentes a los que se les detecta en España un trastorno mental está en torno a más de un millón. Algunos de los trastornos mentales más comunes entre ellos son la ansiedad, la depresión, la hiperactividad o los problemas relacionados con la alimentación y, pese a que, según se destaca, todos los datos revelan que uno de cada cinco niños padecerá a lo largo de su vida un problema de desarrollo emocional o de conducta, se advierte la falta de una apuesta clara del Sistema Nacional de Salud (SNS) por proveer de recursos y profesionales específicamente formados, suficientes y adecuados para la atención de este sector de la población desde un enfoque multidisciplinar.⁹

Además, David Mataix-Cols, psicólogo clínico especializado en el estudio y atención a pacientes con TOC y trastornos asociados y profesor en el Instituto Karolinska Solna de Suecia, revela que también este tipo de trastornos es uno de los más comunes; con tasas de prevalencia del 1 por ciento en la edad infantil y la adolescencia, y más del doble durante la edad adulta (aunque un tercio de ellos la desarrollan de niños). Dentro de los TOC hay otros trastornos (trastorno por acumulación; trastorno dismórfico corporal; tricotilena y trastorno de excoriación) que podrían ser

⁹ SANITARIA 2000, "1 millón de niños españoles con trastorno mental", Redacción Médica, publicación online, 23/06/2015, disponible en: http://www.redaccionmedica.com/?categoria=pacientes¬_seo=1-millon-de-ninos-espanoles-con-trastorno-mental

confundidos con llevadas al extremo, pero que en realidad son trastornos mentales que merman considerablemente la calidad de vida de quien los padece.¹⁰

Todos ellos son, en definitiva, trastornos altamente discapacitantes cuya atención no puede ser postergada por más tiempo. Uno de los problemas más graves, además de la falta de recursos, es la no detección y, por tanto, el retraso en el diagnóstico. Así, además de recursos, hacen falta profesionales específicamente formados, lo cual permitirá, además de la prevención de las consecuencias indeseables de tener estos trastornos, la atención temprana y, consecuentemente, el aumento de las posibilidades de recuperación.

Por ello, Norman Sartorius, psiquiatra de reconocido prestigio que lidera Acción por la Salud Mental (Action for Mental Health), movimiento que destaca la importancia de que los padres sean capaces de detectar en sus hijos signos de sufrimiento o problemas de salud mental, lo que les permitirá ofrecerles su ayuda antes, durante y después de la adolescencia. Sin embargo, la clave está en el ámbito sanitario, donde han de ser capaces de obtener información sobre la situación del paciente, para proponer así la ayuda más apropiada para su caso.¹¹

Según datos del Libro Blanco de la Psiquiatría del Niño y del Adolescente de la Fundación Alicia Koplowitz, uno de cada cinco niños y adolescentes españoles sufrirá algún trastorno mental a lo largo de su vida.¹²

2.2.1. Denuncia de vulneración: Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia

La L.O. 8/2015, que presenta como “novedad importante” la regulación del ingreso “en centros de protección específicos para menores con problemas de conducta”, si bien tiene el mérito de que

¹⁰ LA INFORMACIÓN.COM, “Hasta 1% de la población infantil padece un trastorno obsesivo compulsivo”, 14/07/15, disponible en: http://noticias.lainformacion.com/salud/enfermedad-mental/hasta-1-de-la-poblacion-infantil-padece-un-trastorno-obsesivo-compulsivo_ycmcaXSiqO0WsnLZDv6z1/

¹¹ LA VOZ DE GALICIA, “Norman Sartorius: Cualquier médico debería poder reconocer una enfermedad mental”, Sara Carreira, 22 de junio de 2015, disponible en: http://www.lavozdeg Galicia.es/noticia/sociedad/2015/06/22/medico-deberia-poder-reconocer-enfermedad-mental/0003_201506G22P26991.htm

¹² FUNDACIÓN ALICIA KOPLOWITZ, *Libro Blanco de la Psiquiatría del Niño y del Adolescente*, ed. Fundación Alicia Koplowitz, 2014, disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3Diibroblanco.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospitalGregorioMaranon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352858108951&ssbinary=true>

resulta una regulación necesaria, genera muchas dudas en lo que respecta a la situación específica de los menores con trastorno mental desde un enfoque de derechos humanos; ya que lo más frecuente es que su condición no se detecte. Sin ánimo de exhaustividad, se enumeran los siguientes:

1. Actuación ex ante y falta de especialización: La intervención no deriva de la previa acreditación de la comisión de delitos que justifiquen la aplicación de una eventual medida de seguridad y se regula sin profundizar en las medidas de prevención y protección según la incidencia de factores individuales, familiares o extrafamiliares. Así, pone el foco de atención en la contención, en lugar de en una intervención y seguimiento terapéutico multidisciplinar desde el diseño de estrategias efectivas ajustadas a las necesidades concretas. Esto afecta gravemente al colectivo de personas con trastornos mentales, ya que tras estos “problemas de conducta” se suelen ocultar trastornos no detectados en atención primaria y que no cuentan hoy por hoy con medios para hacerles frente. Basta para ello tener presente el estado en que se encuentra la implementación de la especialidad médica de psiquiatría infanto-juvenil, todavía hoy inexistente.¹³ Por lo tanto, va a ser harto complicado ofrecer la “valoración psicosocial especializada” que proclama su art.25.

El artículo 26 regula específicamente el ingreso en centros de protección específicos de menores con problemas de conducta. La solicitud de ingreso por la Entidad Pública que ostente la tutela o guarda de un menor o el Ministerio Fiscal “*estará motivada y fundamentada en informes psicosociales emitidos previamente por personal especializado en protección de menores*”. ¿Quién conforma ese “personal especializado”? Este artículo 26 indica expresamente que “*no podrán ser ingresados en estos centros los menores que presenten enfermedades o trastornos mentales que requieran un tratamiento específico por parte de los servicios competentes en materia de salud mental o de atención a las personas con discapacidad*”. Ahora bien, eso no invalida las reflexiones anteriores, ya que muchos trastornos mentales no se detectan por falta de capacitación y se confunden con “mala conducta” o, como es habitual, se evita su valoración por la cuestión del estigma.

¹³ Vid. a este respecto: <http://www.diariomedico.com/2014/03/17/area-profesional/profesion/psiquiatria-infantil-reclama-estrategia-autonomica-comun>

Además, además de los graves problemas referidos en cuanto a la detección en el ámbito sociosanitario, hay que tener presente que los diagnósticos de trastorno mental en la infancia y adolescencia topan con la barrera del estigma, lo que dificulta aún más si cabe su abordaje.

Preocupan especialmente las actuaciones ex ante, a fin de delimitar o no si nos encontramos ante un problema de salud mental o de otra cosa. Desde luego, si no se detecta, la espiral en la que el menor entraría de medidas de seguridad (art.27), medidas de contención (art.28), aislamiento (art.29), etc., podría ser altamente contraproducente.

2. Indeterminación y falta de garantía del derecho de acceso a la justicia: Para introducir las reformas procesales que garanticen la efectividad de las novedades expuestas, se modifica la Ley de Enjuiciamiento Civil; pero tal reforma presenta preocupantes indeterminaciones, relacionadas fundamentalmente con los profesionales que van a intervenir, su cualificación y experiencia, lo que se entiende por “formación suficiente”, etc.

Por otra parte, no se garantiza el derecho a ser oído y escuchado desde un enfoque de derechos humanos, desde el nuevo paradigma que incorpora la CDPD. Para garantizar un adecuado acceso a la justicia hubiera sido deseable plantear una adaptación no solo a la edad y madurez, sino también a la naturaleza concreta de la discapacidad. Esto último afecta especialmente al colectivo de personas con trastornos mentales, porque pueden no tener problemas de madurez, pero sí situaciones discapacitantes por razón de problemas de salud mental.

A pesar de que la norma matiza que el ingreso “*se realizará exclusivamente cuando no sea posible la intervención a través de otras medidas de protección*”, preocupa mucho la garantía de acceso a la justicia de estos menores, la carencia de recursos y la intervención de profesionales específicamente capacitados, entre otras muchas cosas. Se echa de menos, como en los casos anteriores, la observancia específica de la discapacidad.

El Comité de los Derechos del Niño en los párrafos 41, 42, 47 y 48 de sus Observaciones finales a España en 2010 expresó su preocupación por los criterios para enviar a los niños con trastornos

de comportamiento a estos centros y su situación una vez internados, así como la falta de abordaje adecuado de los problemas relacionados con la alta prevalencia de trastornos emocionales y psicosociales y el aumento, en un corto período, en la prescripción de psicoestimulantes a niños diagnosticados con un trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), alentando a que se promuevan y protejan los derechos de los niños con discapacidad.¹⁴ Por ello, en el párrafo 49: *“El Comité recomienda al Estado parte que formule una política nacional de salud mental infantil, incluya la promoción de la salud mental y el bienestar emocional, así como la prevención de los problemas comunes de salud mental, en las escuelas y en la atención primaria de la salud, y establezca equipos de profesionales especializados en la salud mental infantil para que atiendan a los niños necesitados en los servicios ambulatorios y hospitalarios. El Comité alienta además al Estado parte a investigar en el campo de la psiquiatría infantil, prestando especial atención a los determinantes sociales de la salud y los trastornos mentales. El Comité recomienda al Estado parte que examine cuidadosamente el fenómeno de la prescripción excesiva de medicamentos a los niños y adopte iniciativas para proporcionar a los niños diagnosticados con un TDAH y otros trastornos del comportamiento, así como a sus padres y maestros, acceso a una amplia gama de medidas y tratamientos educativos y psicológicos”*.

Todo ello complementa perfectamente lo dispuesto por el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en sus Observaciones efectuadas en septiembre de 2011 (párrafos 23 y 24), que, entre otros aspectos, recomienda al Estado el desarrollo de *“políticas públicas coordinadas que dispongan de recursos suficientes para garantizar un acceso integrador a unos servicios de asistencia que incluyan servicios terapéuticos, de rehabilitación y de habilitación prestados con conocimiento de causa, así como a unos cuidados que abarquen las necesidades en las esferas de la salud y de la educación y la necesidades psicosociales de los niños con discapacidad, en particular durante la primera infancia”*.(24-c).¹⁵

¹⁴ Observaciones finales a España de noviembre de 2010 del Comité de los Derechos del Niño.

¹⁵ Observaciones finales del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de septiembre de 2011.

2.2.2 Denuncia de vulneración: Tratamiento en los medios de comunicación de la muerte de un profesor del Instituto Joan Fuster de Barcelona

Los mitos y tabúes que afectan a los trastornos mentales en general, repercuten aún con más fuerza si cabe en el caso de los niños/as y adolescentes. Son noticia cuando se produce el suceso, ignorando su realidad con anterioridad más allá de hechos excepcionales como este. Así sucedió en el caso de la trágica muerte de un profesor del Instituto Joan Fuster de Barcelona, presuntamente a manos de un alumno de 13 años que, según se publicó, se encontraba en pleno brote psicótico.

Por ello, la Confederación (entonces, Feafes) pidió a los medios de comunicación que no aventuraran diagnósticos en este caso; ya que, tal y como declaró su entonces presidente José María Sánchez Monge, los diagnósticos hechos a las dos horas del suceso "suelen ser prejuicios" y no juicios médicos. De hecho, se estima que sólo el 3 % de las personas con trastorno mental comete actos violentos a causa de su enfermedad.¹⁶

2.3 TOMA DE CONCIENCIA

Artículo 8 CDPD, en concordancia con sus artículos 3, 5, 6, 12 y 13

1. Los Estados Partes se comprometen a adoptar medidas inmediatas, efectivas y pertinentes para: a) Sensibilizar a la sociedad, incluso a nivel familiar, para que tome mayor conciencia respecto de las personas con discapacidad y fomentar el respeto de los derechos y la dignidad de estas personas; b) Luchar contra los estereotipos, los prejuicios y las prácticas nocivas respecto de las personas con discapacidad, incluidos los que se basan en el género o la edad, en todos los ámbitos de la vida; c) Promover la toma de conciencia respecto de las capacidades y aportaciones de las personas con discapacidad.

2. Las medidas a este fin incluyen: a) Poner en marcha y mantener campañas efectivas de sensibilización pública destinadas a: i) Fomentar actitudes receptivas respecto de los derechos de las personas con discapacidad; ii) Promover percepciones positivas y una mayor conciencia social respecto de las personas con discapacidad; iii) Promover el reconocimiento de las capacidades, los méritos y las habilidades de las personas con discapacidad y de sus aportaciones en relación con el lugar de trabajo y el mercado laboral; b) Fomentar en todos los niveles del sistema educativo, incluso entre todos los niños y las niñas desde una edad temprana, una actitud de respeto de los derechos de las personas con discapacidad; c) Alentar a todos los órganos de los medios de comunicación a que difundan una imagen de las personas con discapacidad que sea compatible con el propósito de la presente Convención; d) Promover programas de formación

¹⁶ LAINFORMACIÓN.COM, "Feafes pide a los medios que "no aventuren diagnósticos" en casos como el del instituto de Barcelona", 21 de abril del 2015, disponible en: http://noticias.lainformacion.com/salud/enfermedad-mental/feafes-pide-a-los-medios-que-no-aventuren-diagnosticos-en-casos-como-el-del-instituto-de-barcelona_RTADFphcw8t6QXi63wyxS/ Asimismo, es interesante consultar LA VANGUARDIA, "La enfermedad mental no explica la violencia", Clara Hernández, 27/04/2015, en: <http://www.lavanguardia.com/vida/20150425/54430200381/la-enfermedad-mental-no-explica-la-violencia.html>

sobre sensibilización que tengan en cuenta a las personas con discapacidad y los derechos de estas personas.

2.3.1. Denuncia de vulneración: Discriminación y prejuicio en campaña publicitaria

La Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA (entonces FEAFES) remitió escrito a Media Markt con el fin de que se procediera a la retirada de la campaña publicitaria que llevaba por lema “nos hemos vuelto locos”, por incluir mensajes que dañaban seriamente la imagen social de las personas con trastorno mental y potenciaban una visión distorsionada y denigrante de ellas. Esta campaña hacía referencia a problemas de salud mental desde un enfoque absolutamente estigmatizante: conducta extravagante del actor Arturo Valls, uso de la camisa de fuerza como sistema de sujeción no voluntaria y utilización de palabras peyorativas tradicionalmente vinculadas a los problemas de salud mental como “loco” y “locura”, que por desgracia aún forman parte del imaginario colectivo y que contribuyen a la perpetuación del estigma, las etiquetas y la discriminación de las personas que tienen un problema de salud de este tipo. Además, el HT #YoNoSoyTontoEstoyLoco utilizado en redes sociales en el marco de esta campaña, resultaba absolutamente hiriente para el colectivo.

Avance: En respuesta a la comunicación de la Confederación, Media Markt pidió disculpas y se comprometió a la supresión de aquellas imágenes que pudieran resultar ofensivas o que hicieran una relación directa al trastorno mental. Así mismo, se comprometieron a tener en cuenta la postura de la Confederación de cara a futuras campañas publicitarias.¹⁷

2.3.2. Logro alcanzado: Lucha contra el estigma

En el contexto del “Programa de Promoción de la Salud Mental y Prevención de la Exclusión”, la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA ha impulsado un estudio que permita elaborar una Estrategia global e integral de lucha contra el estigma: “Salud mental e inclusión social: situación actual y recomendaciones contra el estigma”. El objetivo de esta investigación es el desarrollo de una serie de propuestas ordenadas y jerarquizadas que sirva para elaborar una Estrategia estatal de lucha contra el estigma y de la promoción de la salud mental por parte de la Confederación

¹⁷ Información disponible en: http://www.ascasam.org/noticia_completa_41.php

SALUD MENTAL ESPAÑA. El estudio resume de manera cualitativa las situaciones de discriminación que viven las personas con problemas de salud mental en los múltiples ámbitos de la vida social: en la educación, medios de comunicación, el empleo, en la familia, en el ámbito judicial y policial, penitenciario, ejecutivo y legislativo, sanitario y en los servicios sociales. Para su elaboración se ha contado con la financiación del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.¹⁸

2.4 DERECHO A LA VIDA

Artículo 10 CDPD, en concordancia con sus artículos 3, 5, 25 y 26

Los Estados Partes reafirman el derecho inherente a la vida de todos los seres humanos y adoptarán todas las medidas necesarias para garantizar el goce efectivo de ese derecho por las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás.

2.4.1. Denuncia de vulneración: Pérdida de la vida por no poner las medidas necesarias para garantizar su goce efectivo

Un hombre de unos 40 años con trastorno mental falleció por el disparo de uno de los Guardia Civiles que acudieron a su domicilio en lo que se comunicó como un posible caso de violencia de género que, según luego se pudo averiguar, no fue tal. La realidad, según fuentes familiares, es que se pudo producir un fallo en la toma de su medicación, que debió provocar una crisis en el estado de salud de una persona que su entorno definía como de “carácter tranquilo”. Su viuda y sus amigos sostienen que pidieron ayuda porque tenía un brote psicótico, y que en todo momento se advirtió a los agentes y a los sanitarios desplazados a la vivienda de que la persona tenía un trastorno mental.¹⁹

¹⁸ RED2RED CONSULTORES, *Salud mental e inclusión social: situación actual y recomendaciones contra el estigma*, ed. Confederación SALUD MENTAL España, Madrid, 2015, disponible en: <https://consaludmental.org/centro-documentacion/salud-mental-inclusion-social-estigma-24829/>

¹⁹ EL PAÍS, “Un guardia mata al batería de Los Piratas cuando agredía a su mujer”, 27.08.2015, disponible en: http://politica.elpais.com/politica/2015/08/26/actualidad/1440607320_144504.html

Asimismo, se puede obtener más información en:

http://politica.elpais.com/politica/2015/08/26/actualidad/1440607320_144504.html

La Guardia Civil y la familia del batería de Los Piratas dan versiones opuestas:

http://politica.elpais.com/politica/2015/08/27/actualidad/1440667112_228324.html

Sanitarios y testigos sabían que el batería de Los Piratas era bipolar:

http://politica.elpais.com/politica/2015/09/02/actualidad/1441187929_430807.html

La familia del batería de 'Los Piratas' ejercerá la acción penal contra el agente que le disparó:

<http://www.elmundo.es/espana/2015/09/18/55fc29b5e2704e224b8b45c1.html>

2.5 ACCESO A LA JUSTICIA

Artículo 13 CDPD, en concordancia con sus artículos 3, 5, 6 y 12

1. Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad tengan acceso a la justicia en igualdad de condiciones con las demás, incluso mediante ajustes de procedimiento y adecuados a la edad, para facilitar el desempeño de las funciones efectivas de esas personas como participantes directos e indirectos, incluida la declaración como testigos, en todos los procedimientos judiciales, con inclusión de la etapa de investigación y otras etapas preliminares.

2. A fin de asegurar que las personas con discapacidad tengan acceso efectivo a la justicia, los Estados Partes promoverán la capacitación adecuada de los que trabajan en la administración de justicia, incluido el personal policial y penitenciario.

Muchas personas con trastornos mentales (personas con discapacidad psicosocial) sufren graves y frecuentes vulneraciones de sus derechos humanos ante la indiferencia, el desconocimiento o la anuencia del conjunto de la sociedad, situación cuyas raíces la OMS sitúa en la estigmatización y la discriminación.²⁰ Ambos factores han contribuido a consolidar opiniones, actitudes y procedimientos más que cuestionables en el trato a estas personas, lo que ha favorecido la impunidad de múltiples formas de violencia, especialmente graves en los contextos de institucionalización, como pueden ser las estancias en hospitales psiquiátricos y centros psiquiátricos penitenciarios, pero también en otros muchos ámbitos: familiar, educativo, etc.²¹ Así, tales situaciones, que constituyen auténticas vulneraciones de derechos humanos, se extienden a todas las facetas de sus vidas y las hacen especialmente vulnerables cuando no cuentan con cauces adecuados para la defensa de sus derechos. Por lo tanto, es fundamental crear cauces que permitan garantizar de manera efectiva el derecho de acceso a la justicia de este colectivo.

Lamentablemente, España carece de mecanismos efectivos de detección, control y sanción de estas conductas, así como de una cultura jurídica y judicial que promueva los cambios necesarios

Un sanitario presente en el disparo al batería de Los Piratas confirma la versión de la Guardia Civil (Ver vídeo): <http://www.lavozdeg Galicia.es/noticia/vigo/pontearreas/2015/08/27/sanitario-presente-disparo-bateria-piratas-confirma-version-guardia-civil/00031440704974841684747.htm>

Iván Ferreiro tacha de "error" la muerte del batería de Los Piratas:

<http://elprogreso.galiciae.com/noticia/443375/ivan-ferreiro-tacha-de-error-la-muerte-del-bateria-de-los-piratas>

²⁰ OMS, Plan de Acción sobre salud mental 2013-2020, Ginebra, 2013, pp.7-8.

²¹ ONU, Informe del Secretario General de las Naciones Unidas sobre los progresos realizados para velar por el pleno reconocimiento y el disfrute de los derechos humanos de las personas con discapacidad, A/58/181, bajo el mandato que figura en la resolución 2002/61 de la Comisión de Derechos Humanos, de 25 de abril de 2002.

para hacerles frente. Esta falta de conciencia se traduce en la ausencia de estudios que permitan efectuar una evaluación cuantitativa y cualitativa de la situación (incluida la consideración de la combinación género, edad y discapacidad como factor de riesgo de discriminación múltiple), lo cual impide el diseño de las correspondientes acciones para garantizar tales derechos, incrementa su invisibilización y favorece la creación de amplios espacios de impunidad. Así, por ejemplo, es frecuente que las denuncias de las personas afectadas puedan ser interpretadas como meros «síntomas de su enfermedad mental».

La CDPD ha tenido un importante impacto, entre otras, en tres cuestiones fundamentales: Igual reconocimiento como personas ante la Ley (art. 12 CDPD), libertad y seguridad (art.14 CDPD) y acceso efectivo a la justicia (art. 13 CDPD). Esto comporta la necesidad de reflexionar sobre su incidencia en el ordenamiento jurídico español y revisar, en principio, los siguientes textos legales: Código Civil, Código de Comercio, Ley de Enjuiciamiento Civil, Ley de Registro Civil, Ley del Notariado y la Ley Hipotecaria, la Ley Orgánica del Tribunal del Jurado, la Ley de Asistencia Jurídica Gratuita e incluso el Código Penal, Ley de Enjuiciamiento Criminal, Ley Orgánica del Poder Judicial y Estatuto Orgánico del Ministerio Fiscal.

La Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad se ha revelado manifiestamente insuficiente en este sentido, pues no aborda las importantes discrepancias entre la CDPD y nuestro sistema jurídico en materia de derechos de la personalidad, capacidad, libertad y seguridad de las personas con discapacidad. Por lo tanto, ante la afirmación de su capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida, se requiere el establecimiento de un sistema de apoyos que preste asistencia en el ejercicio de la misma y la adopción de salvaguardas proporcionales y adaptadas a sus circunstancias como garantía para un funcionamiento regular de los mecanismos de apoyo, basadas siempre en el respeto a su voluntad y preferencias y sujetas al control de una autoridad o un órgano judicial competente, independiente e imparcial (art.12 CDPD). Asimismo, hay que tener presente también lo que dispone el art.2 CDPD en relación a los ajustes razonables, definidos como las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso

particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades públicas.

En definitiva, se trata de diseñar un sistema de apoyos personalizado para evitar situaciones injustas en el tráfico jurídico que impidan a las personas con trastornos mentales ejercer libremente sus derechos, teniendo en cuenta que la superior protección de las personas con discapacidad requiere que todo sistema que se prevea respete dos principios esenciales en la Convención: el de intervención mínima y el de favorecer su autogobierno.

Como apuntó el Secretario General de las Naciones Unidas en un informe de 2002, el problema radica en la falta de directrices específicas para aplicar las normas sobre derechos humanos y de un análisis más detallado sobre la implementación de las obligaciones estatales en esta materia en las instituciones psiquiátricas, a fin de evitar los abusos. En este sentido, el 28 de julio de 2008 el Relator Especial sobre la cuestión de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes publicó un revelador informe en cumplimiento de la Resolución 62/148 de la Asamblea General de Naciones Unidas en el que destaca que tras la entrada en vigor de la CDPD y su Protocolo facultativo, sería oportuno examinar el marco contra la tortura, como violación más grave del derecho a la integridad y la dignidad de la persona, en relación con las personas con discapacidad; ya que muchas actuaciones justificadas como "tratamiento médico" pueden constituir tortura o malos tratos: atar a la persona a su cama durante largos períodos de tiempo, medicarla de más como forma de restricción farmacológica, aplicarle la denominada terapia electroconvulsiva, etc.²² Aunque, todo ello constituye una dramática realidad para muchas personas, corroborada en 2013 por el Relator Especial Juan E. Méndez;²³ lamentablemente, las vulneraciones no se circunscriben únicamente a este contexto, sino que se extienden a todas las facetas de la vida de la persona, con el agravante que comporta en muchas ocasiones el uso y abuso de medidas como la incapacitación.²⁴

²² NOWAK, M., Interim report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, General Assembly of the United Nations, A/63/175, 28 July 2008.

²³ MÉNDEZ, J.E., Informe del Relator Especial sobre la cuestión de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Asamblea General de las Naciones Unidas, A/HRC/22/53, 1 de febrero de 2013.

²⁴ NACIONES UNIDAS, *Observaciones finales del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, Examen de los informes presentados por los Estados partes en virtud del artículo 35 de la Convención, CRPD/C/ESP/CO/119 a 23 de septiembre de 2011.

A la luz de lo anterior y teniendo presente que su promoción es una obligación que compete a los Estados Partes, es preciso garantizar el derecho de acceso a la justicia incorporado en el art.13 CDPD; el cual faculta a toda persona con discapacidad para promover, en condiciones de igualdad, la actividad de los órganos encargados de impartir justicia y obtener la tutela jurídica de sus intereses. Para garantizar este derecho se requiere la implementación de ajustes de procedimiento que le faciliten el desempeño de sus funciones efectivas como participante directo e indirecto en todos los procedimientos judiciales, incluidas la declaración como testigo, la etapa de investigación y otras etapas preliminares. De este modo, se promueve también el goce efectivo de todos los demás derechos, ya sean civiles, políticos, económicos, sociales o culturales; como quedó patente en la Exposición de Motivos de las Reglas de Brasilia²⁵: *“El sistema judicial se debe configurar, y se está configurando, como un instrumento para la defensa efectiva de los derechos de las personas en condición de vulnerabilidad. Poca utilidad tiene que el Estado reconozca formalmente un derecho si su titular no puede acceder de forma efectiva al sistema de justicia para obtener la tutela de dicho derecho”*.

En concordancia con estos principios, se ha configurado a nivel internacional la figura del agente facilitador como medida de apoyo a las poblaciones vulnerables en el ejercicio de su derecho de acceso a la justicia y mecanismo de eliminación de las barreras de acuerdo con el párrafo 65 de dichas Reglas²⁶: *“Cuando la concreta situación de vulnerabilidad lo aconseje, la declaración y demás actos procesales se llevarán a cabo con la presencia de un profesional, cuya función será la de contribuir a garantizar los derechos de la persona en condición de vulnerabilidad. / También puede resultar conveniente la presencia en el acto de una persona que se configure como referente emocional de quien se encuentra en condición de vulnerabilidad”*. Sin embargo, esta figura no está prevista en nuestro ordenamiento. Tan solo hay una cierta aproximación en materia de intervención de menores de edad con acompañamiento de expertos en los interrogatorios (art.433.3 LECrim.) o, en determinados casos, en la correspondiente declaración en el acto del juicio (Sala de lo Penal del Tribunal Supremo, sentencia nº 706/2000 de 26 de abril).²⁷

²⁵ CUMBRE JUDICIAL IBEROAMERICANA, Reglas de Acceso a la Justicia de las Personas en Condición de Vulnerabilidad, aprobadas en el mes de marzo de 2008.

²⁶ *Ibid.*

²⁷ En este caso se admitió que una menor de edad que había sufrido una agresión sexual declarara en el acto del juicio acompañada de una persona adscrita a un Servicio de Atención a las Víctimas.

Por lo tanto, por analogía y con fundamento en los arts. 3, 4, 5, 8, 12 y 13 CDPD, se podría considerar que la persona cuya condición de discapacidad tenga como componente un trastorno mental, contara con el acompañamiento de alguien que, favoreciendo su autonomía y apoyando su capacidad jurídica, se configure como referente emocional a fin de garantizar el efectivo ejercicio de sus derechos y deberes en igualdad de condiciones con las demás personas.

Así, para garantizar el acceso a la justicia de las personas con trastorno mental en igualdad de condiciones con las demás, aplicando la analogía y, por encima de todo, los arts. 3, 4, 5, 8, 12 y 13 CDPD, sería recomendable:

1. Efectuar un diagnóstico adecuado de la situación
2. Elaborar un protocolo de atención para el efectivo acceso a la justicia de las personas con discapacidad que, atendiendo a sus específicas circunstancias, facilite la mejora de la atención que les brindan los operadores de justicia. En este sentido, como capítulo específico de este protocolo o en documento aparte, se habría de contemplar la situación de las personas ingresadas involuntariamente (ingreso urgente u ordinario); ya que en estos casos se producen controversias que derivan de la situación privación de libertad, del aislamiento, de posibles circunstancias relativas a una disminución de su capacidad cognitiva derivada de la administración de medicación e, incluso, de la desconfianza de los mismos hacia su propio entorno familiar o vecinal que en no pocas ocasiones son los que promueven tales ingresos. De este modo, la presencia de un profesional independiente que pudiese asesorar, realizar trámites e incluso ser un puente de comunicación con el exterior, sería un aspecto fundamental a tener en cuenta. En este sentido la figura del agente facilitador que se trata en el punto siguiente podría ser un modelo óptimo de profesional independiente para este supuesto
3. Implantar un cuerpo de agentes facilitadores que, favoreciendo la autonomía de la persona y apoyando su capacidad jurídica, constituya un referente adecuado durante los actos judiciales, diferente del profesional que ofrece la asistencia técnico-jurídica

4. Diseñar y promover la capacitación adecuada de los que trabajan en la administración de justicia, incluido el personal policial y penitenciario, en los términos previstos en el art.13.2 CDPD
5. Implementar un sistema de seguimiento y evaluación, identificando indicadores relevantes objetivamente verificables y definiendo los correspondientes instrumentos de monitoreo.

De este modo, se podría promover, con ciertas garantías, que las personas con trastorno mental tengan acceso efectivo a la justicia, una obligación que compete a los Estados Partes de la CDPD.

2.5.1. Denuncia de vulneración: No ejecución de sentencia judicial

A una persona con Trastorno Orgánico de la Personalidad le fue impuesta la medida de seguridad de internamiento durante un tiempo máximo de dieciséis años (16) para su tratamiento médico en un centro adecuado, mediante sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Galicia, de 31 de marzo de 2014. Pese a ello, todavía hoy no se ha ejecutado dicha sentencia y continúa en un centro penitenciario, en lugar de cumpliendo la medida de seguridad en los términos expuestos. El principal problema radica en la falta de respuesta de la red sanitaria pública de la Xunta de Galicia que han desoído durante todo este tiempo las continuas solicitudes que se han dirigido a ellos por parte del Juzgado que lleva la ejecución de la pena, vulnerando el mandato judicial que les obliga a otorgar dicha plaza y, en consecuencia, el derecho de esta persona a la tutela judicial efectiva, así como el acceso a la justicia en igualdad de condiciones, generando un trato discriminatorio, y perjudicial para él, que manifiesta una absoluta falta de igualdad en el acceso a los recursos disponibles e impidiendo de forma rotunda su reinserción social. En consecuencia, su estado de salud ha empeorado notablemente.²⁸

2.6 LIBERTAD Y SEGURIDAD

Artículo 14 CDPD, en concordancia con sus artículos 3, 5, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 25 y 26

1. Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás: a) Disfruten del derecho a la libertad y seguridad de la persona; b) No se vean

²⁸ CENDOJ, Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Galicia Sala de lo Civil y Penal, de 31 de Marzo de 2014, disponible en: <http://www.poderjudicial.es/search/doAction?action=contentpdf&datasematch=AN&reference=7160815&links=&optimize=20140915&publicinterface=true>

privadas de su libertad ilegal o arbitrariamente y que cualquier privación de libertad sea de conformidad con la ley, y que la existencia de una discapacidad no justifique en ningún caso una privación de la libertad. 2. Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad que se vean privadas de su libertad en razón de un proceso tengan, en igualdad de condiciones con las demás, derecho a garantías de conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos y a ser tratadas de conformidad con los objetivos y principios de la presente Convención, incluida la realización de ajustes razonables.

Las personas con discapacidad por trastorno mental se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad en los contextos de privación de libertad. Concretamente, en el ámbito penitenciario se han detectado graves vulneraciones que dificultan e impiden el acceso a la justicia de estas personas y la garantía de su derecho a la libertad y seguridad de conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos, incluida la realización de ajustes razonables.

A estos efectos, hay que tener presente el hecho de que tal vulnerabilidad se acrecienta cuando las personas se encuentran en el extranjero, requiriendo la protección de los servicios consulares con garantía de su derecho a la igualdad de oportunidades y no discriminación. Para ello es preciso el establecimiento de protocolos de actuación adecuados por parte del Ministerio de Asuntos Exteriores, apelando a la toma de conciencia e implementación de la CDPD por parte de todas las Administraciones Públicas sin excepción.

2.6.1. Denuncia de vulneración: No ejecución de sentencia judicial: El Defensor del Pueblo publica un informe en el que revela posibles fallos en la detección de situaciones de riesgo vinculadas a ciertos trastornos psiquiátricos en una prisión de Mahón

Un joven de 26 años, tras varios meses esperando la llamada, ingresa en una prisión de Mahón. Después de que su familia regresara a su Badajoz natal, decidió pedir el traslado, sin obtener más respuesta que: «Se estudiará cuando proceda». Según refiere, no le llegaba el dinero que su familia le enviaba y, como relató, había tenido que vender parte de su ropa para poder comprar agua y desodorante. Su estado de salud progresivamente se fue deteriorando, solo lloraba y transcurría los días entre diferentes medicaciones. Pese a tales evidencias, el centro nunca activó el protocolo antisuicidios y la persona terminó por ahorcarse con la manga de una sudadera en la celda de aislamiento a la que le habían llevado. Falleció en el hospital después de que, según su familia, agonizara durante ocho minutos sin que nadie actuara. En febrero de 2014, el Juzgado número 2 de Mahón archivó el caso.

Apenas seis meses después, otro hombre de 31 años se quitó la vida en el mismo centro. En 2015 el Defensor del Pueblo publicó un informe efectuado después de dos inspecciones sorpresa en la cárcel menorquina tras los dos suicidios ocurridos en 2013. Entre otras múltiples deficiencias, denunció los «posibles fallos en la detección de situaciones de riesgo vinculadas a ciertos trastornos psiquiátricos» y la falta de personal médico; escrito del que se ha hecho eco la Fiscalía.²⁹

2.6.2. Denuncia de vulneración: Fallecimiento de un ciudadano español con trastorno mental en una prisión de Francia

Un ciudadano español de 41 años y con trastorno mental falleció en la prisión de Sequedin (Francia) por un incendio declarado en su celda en la madrugada del 14 de mayo por causas desconocidas y en el que su compañero de celda resultó gravemente herido.³⁰ Esta persona que se encontraba previamente en situación de calle, sin hablar el idioma y desatendida sanitaria y socialmente, había ingresado en prisión por un delito menor. En lugar de ser derivado a un centro de salud, ingresó en el centro de detención, donde se produjo su fallecimiento.

Hasta el 15 de mayo, fecha en la que se informó de su fallecimiento, la familia no había logrado obtener información alguna del paradero de su familiar, pese al intenso seguimiento que habían hecho. Ante este hecho surgen una multiplicidad de cuestiones: ¿Cómo se puede perder la vida estando bajo custodia? ¿Se le facilitó información adaptada a su situación de discapacidad? ¿Le informaron de sus derechos y se aseguraron de que estaba en condiciones de entender lo que le decían? ¿Por qué los servicios consulares no tuvieron conocimiento de que había un ciudadano español con discapacidad detenido?

La realidad es que una persona sin tratamiento, totalmente descompensada y viniendo de una situación de calle, no está en condiciones de solicitar o asimilar nada. Por lo tanto, es altamente

²⁹ EL MUNDO, Carta del preso que se suicidó en Mahón: 'Esta cárcel es un infierno', 16.09.2015, disponible en: <http://www.elmundo.es/baleares/2015/09/16/55f913a9e2704e800f8b4573.html>

³⁰ Vid. La voix du nord. Fr: <http://www.lavoixdunord.fr/region/incendie-a-la-prison-de-sequedin-un-detenu-meurt-un-ia21b49774n2828648>
Asimismo, Libertaland Infos: <http://www.libertaland.com/2015/05/prison-de-sequedin-un-detenu-meurt-dans-lincendie-de-sa-cellule/>

preocupante, desde un enfoque de derechos humanos, la situación de las personas con trastornos mentales detenidas en el extranjero.

2.7 PROTECCIÓN DE LA INTEGRIDAD PERSONAL

Artículo 17, en concordancia con sus artículos 3, 5, 6, 10, 12, 14, 15, 16, 17, 23 y 25

Toda persona con discapacidad tiene derecho a que se respete su integridad física y mental en igualdad de condiciones con las demás.

El artículo 156 del Código Penal establece:

“el consentimiento válida, libre, consciente y expresamente emitido exime de responsabilidad penal en los supuestos de trasplante de órganos efectuado con arreglo a lo dispuesto en la ley, esterilizaciones y cirugía transexual realizadas por facultativo, salvo que el consentimiento se haya obtenido viciadamente, o mediante precio o recompensa, o el otorgante sea menor de edad o carezca absolutamente de aptitud para prestarlo, en cuyo caso no será válido el prestado por éstos ni por sus representantes legales.

No será punible la esterilización acordada por órgano judicial en el caso de personas que de forma permanente no puedan prestar en modo alguno el consentimiento al que se refiere el párrafo anterior, siempre que se trate de supuestos excepcionales en los que se produzca grave conflicto de bienes jurídicos protegidos, a fin de salvaguardar el mayor interés del afectado, todo ello con arreglo a lo establecido en la legislación civil”.

Por lo tanto, en nuestro ordenamiento siguen vigentes disposiciones que permiten la práctica de una medida lesiva para la integridad personal como es la esterilización forzosa, a pesar de la profusa normativa que en el contexto del derecho internacional de los derechos humanos la proscribire.

Los efectos físicos y psicológicos de la esterilización (al igual que el aborto coercitivo) están suficientemente constatados, sin embargo, las personas con trastornos mentales son especialmente vulnerables a este tipo de prácticas y lo más frecuente es que el interés que se protege no coincida con el interés superior de la persona con discapacidad. Tales intervenciones se suelen practicar en mujeres y niñas con discapacidad sin su consentimiento informado por

diversas razones: eugenésicas, control de la menstruación para evitar molestias o por cuestiones de higiene, previsión de problemas en la futura educación y crianza de los niños o niñas, prevención de las indeseables consecuencias de eventuales abusos sexuales o evitación de complicaciones en el embarazo, etc. Así, en modo alguno se corresponde con el espíritu y contenido de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, *“que pretende prevenir las conductas discriminatorias que puedan impedirles el disfrute de sus derechos en igualdad de condiciones”*.

El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas, en las Observaciones efectuadas al informe presentado por España y en relación al art.17 de la CDPD (protección de la integridad personal) ha expresado *“su inquietud por el hecho de que las personas con discapacidad cuya personalidad jurídica no se reconoce puedan ser sometidas a esterilización sin su consentimiento, otorgado libremente y con conocimiento de causa”*. Por este motivo, insta al Estado español para que *“suprima la administración de tratamiento médico, en particular la esterilización, sin el consentimiento, pleno y otorgado con conocimiento de causa, del paciente, y a que vele por que la legislación nacional respete especialmente los derechos reconocidos a las mujeres en los artículos 23 y 25 de la Convención”*.³¹

En este mismo sentido se ha pronunciado el Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas en sus Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de España³², aprobadas el 20 de julio de 2015, con motivo del sexto informe periódico presentado por España:

“10. Al Comité le preocupa la práctica de esterilización forzada a personas con discapacidad, cuya capacidad jurídica no se reconoce (arts. 2, 7 y 26). El Estado parte debe asegurar que se sigan todos los procedimientos para obtener el consentimiento pleno e informado de las personas con discapacidad en la práctica de esterilización en centros de salud. Al respecto, el Estado parte debe impartir formación especial al personal de salud con el fin de dar a conocer mejor los efectos perjudiciales y los alcances de la esterilización forzada”.

³¹ ONU, “Observaciones finales del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad”, efectuadas a raíz del informe inicial de España (CRPD/C/ESP/1) 19 de octubre de 2011.

³² ONU, “Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos”, efectuadas a raíz del sexto informe periódico presentado por España (CCPR/C/ESP/6) 20 de julio de 2015.

Así, las mujeres cuya discapacidad tiene su origen en un trastorno mental tienen derecho a contar con los apoyos necesarios para el ejercicio de su capacidad jurídica (art.12 CDPD) y nunca su discapacidad podrá justificar la privación de libertad (artículo 14), el infligir tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (artículo 15), el ser sometidas a cualquier forma de explotación, violencia y abuso (artículo 16), el perjuicio de la integridad física y mental (artículo 17), la falta de respeto por todo lo relacionado con el matrimonio, el hogar y la familia, incluidas la paternidad y las relaciones personales (artículo 23), o, finalmente, la desatención o atención inadecuada de la salud (art.25).

2.8 DERECHO A LA SALUD

Artículo 25 CDPD, en concordancia con sus artículos 3, 5, 6, 10, 12, 13, 14, 15, 16 y 17

Los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud. En particular, los Estados Partes:

- a) Proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población;
- b) Proporcionarán los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad específicamente como consecuencia de su discapacidad, incluidas la pronta detección e intervención, cuando proceda, y servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades, incluidos los niños y las niñas y las personas mayores;
- c) Proporcionarán esos servicios lo más cerca posible de las comunidades de las personas con discapacidad, incluso en las zonas rurales;
- d) Exigirán a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado;
- e) Prohibirán la discriminación contra las personas con discapacidad en la prestación de seguros de salud y de vida cuando éstos estén permitidos en la legislación nacional, y velarán por que esos seguros se presten de manera justa y razonable;
- f) Impedirán que se nieguen, de manera discriminatoria, servicios de salud o de atención de la salud o alimentos sólidos o líquidos por motivos de discapacidad.

La no consideración de la persona en su diversidad como un ser humano sujeto de derechos, conduce a frecuentes y muy graves vulneraciones. Los trastornos mentales, por acción y efecto del estigma, se erigen en una suerte de etiqueta tras la que la persona queda anulada y reducida a un diagnóstico que impide su consideración integral y la adecuada atención de sus específicas necesidades. De alguna manera, tener o presumir que se tenga un trastorno mental continúa constituyendo una justificación, comúnmente asumida, para desprover a la persona de sus derechos.

Bajo diversas denominaciones con connotaciones terapéuticas, se siguen aplicando dispositivos de contención y aislamiento, por encima de alternativas menos lesivas de los derechos de las personas, como la atención en unidades abiertas basadas en un modelo de Atención Comunitaria en Salud Mental.

De hecho, las quejas por la falta de humanidad en el trato y la desasistencia en los contextos de internamiento son una queja harto frecuente de las personas que acuden buscando asesoramiento en la Confederación.

A principios de 2015 la federación Salud Mental Canarias (FEAFES Canarias en aquel momento), entidad miembro de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA, denunció que la entrada en vigor de la nueva normativa de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias suponía una alarmante discriminación de las personas cuya discapacidad tiene su origen en un trastorno mental, además de vulnerar la carta de derechos y deberes de los pacientes usuarios del Servicio Canario de Salud en el área de salud mental. Así, por ejemplo, se incorpora la posibilidad de amenazar a los pacientes con la anulación de la cita si la incumplen en tres ocasiones. Se aprecia que no se comprende la específica problemática que implica tener un problema de salud mental.

Las citas para Salud Mental están tardando seis meses, por lo que si la pierden, en lo que piden otra puede transcurrir al menos 12 meses.³³ Además, se ha denunciado por parte de las asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental de Canarias la grave situación de

³³ TELDE ACTUALIDAD, "Familiares de enfermos mentales denuncian que Sanidad les niega atención si pierden la cita", Marisol Ayala, 21/01/2015, disponible en:
<http://www.teldeactualidad.com/hemeroteca/noticia/sociedad/2015/1/21/9301.html>

las urgencias psiquiátricas de los centros hospitalarios. Según se ha publicado, además de ser ubicados, como indican textualmente, “en las zonas más téticas de los hospitales”, los tiempos de espera para ser vistos por el psiquiatra de guardia oscilan entre las cuatro y las cinco horas, las condiciones de las instalaciones dejan mucho que desear y a los familiares no se les permite estar con las personas ingresadas. Además, según estas mismas fuentes, las personas son aisladas en módulos colectivos de hasta ocho pacientes en diversa situación mezclados sin trato individualizado durante un periodo de tiempo que puede llegar a los cinco días, cuando no deberían estar más de 24 horas antes de pasar a la Unidad de Internamiento Breve del hospital.³⁴

2.8.1. Denuncia de vulneración: Fallecimiento de una joven embarazada en una Unidad de Internamiento Breve

Una joven de 19 años de edad y embarazada de 10 semanas, acudió el 17 de octubre al hospital General de Fuerteventura por un problema diabético (bajada de azúcar). Allí se le indica que había de ser examinada por el psiquiatra por medio de interconsulta; quien, tras verla, determinó que había de ingresar en el la Unidad de Internamiento Breve del Servicio de Psiquiatría. El 20 Octubre se comunica a la familia el fallecimiento de la joven en dicha Unidad.

Además del fatal e incomprensible desenlace de este caso, llama la atención la falta de información en todo momento a la paciente y a la familia; ya que no se les dio explicación alguna de los motivos del ingreso de una persona que no se le conocía diagnóstico alguno por cuestiones relacionadas con la salud mental. Tampoco se facilitó el contacto con la doctora responsable de la Unidad, ni se tiene conocimiento de que se efectuaran las prevenciones que se habían de adoptar en casos como el de esta joven que estaba embarazada y en situación de riesgo por presentar un cuadro diabético.

Hay que tener presente que en esas habitaciones donde se aísla a las personas que son ingresadas no hay timbre para avisar, las ventanas están enrejadas y las puertas son herméticas.

³⁴ CADENA SER CANARIAS, "Nos ponen en las zonas más téticas de los hospitales", Eva Marrero, Las Palmas de Gran Canaria, 21/01/2015, disponible:
http://cadenaser.com/emisora/2015/01/21/ser_las_palmas/1421843877_241421.html

Comunicado el fallecimiento a la familia, no se le da explicaciones y se les niega la información clínica.³⁵

2.8.2. Denuncia de vulneración: Un preso con esquizofrenia en Morón pide su traslado por llevar 23 meses sin recibir tratamiento

Un hombre condenado a 23 meses de internamiento en un centro psiquiátrico por robar a su padre e incumplir una orden de alejamiento. En su lugar, ha pasado 23 meses en la cárcel de Morón, donde no ha sido examinado ni tratado por psiquiatra alguno, dado que en este lugar solo hay médicos de atención primaria o medicina interna.³⁶

2.9 NIVEL DE VIDA ADECUADO Y PROTECCIÓN SOCIAL

Artículo 28 CDPD, en concordancia con sus artículos 3, 5, 6, 12 y 13

1. Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a un nivel de vida adecuado para ellas y sus familias, lo cual incluye alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a la mejora continua de sus condiciones de vida, y adoptarán las medidas pertinentes para salvaguardar y promover el ejercicio de este derecho sin discriminación por motivos de discapacidad. 2. Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a la protección social y a gozar de ese derecho sin discriminación por motivos de discapacidad, y adoptarán las medidas pertinentes para proteger y promover el ejercicio de ese derecho, entre ellas: a) Asegurar el acceso en condiciones de igualdad de las personas con discapacidad a servicios de agua potable y su acceso a servicios, dispositivos y asistencia de otra índole adecuados a precios asequibles para atender las necesidades relacionadas con su discapacidad; -24- b) Asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en particular las mujeres y niñas y las personas mayores con discapacidad, a programas de protección social y estrategias de reducción de la pobreza; c) Asegurar el acceso de las personas con discapacidad y de sus familias que vivan en situaciones de pobreza a asistencia del Estado para sufragar gastos relacionados con su discapacidad, incluidos capacitación, asesoramiento, asistencia financiera y servicios de cuidados temporales adecuados; d) Asegurar el acceso de las personas con discapacidad a programas de vivienda pública; e) Asegurar el acceso en igualdad de condiciones de las personas con discapacidad a programas y beneficios de jubilación.

³⁵ Radio Sintonía Fuerteventura, Entrevista Salud Mental 12.11.15, Podcast disponible en:

http://www.ivoox.com/entrevista-salud-mental-12-11-15-audios-mp3_rf_9374068_1.html

Asimimo, vid.: http://cadenaser.com/emisora/2015/01/21/ser_las_palmas/1421843877_241421.html

³⁶ EUROPAPRESS, "Un preso esquizofrénico que lleva 23 meses sin recibir tratamiento en Morón pide su traslado", 12.07.2015, disponible en: <http://www.europapress.es/andalucia/sevilla-00357/noticia-tribunales-presos-esquizofrenico-lleva-23-meses-recibir-tratamiento-moron-pide-traslado-20150712111252.html>

2.9.1. Denuncia de vulneración: Desahucio sin garantías

Una mujer de 48 años, con discapacidad por depresión y esquizofrenia del 67%, está a punto de perder su vivienda familiar en la que habita junto a su hijo que con 27 años trata de mantenerla económicamente con lo que gana como soldador en una fábrica.

Se divorció en 2004, su pensión apenas llega a los 200 euros y hace unos meses descubrió que un juzgado había subastado su casa, con ellos dentro, a un particular que ahora la reclama vacía. En definitiva, ha perdido la propiedad de su vivienda sin enterarse por una deuda de más de 100.000 euros de su ex marido, con quien continuaba en régimen de gananciales, con la desaparecida Caja Madrid a causa de la hipoteca impagada de un piso en Alcalá de Henares. No le han dado oportunidad de negociar, ni se le ha facilitado ajuste de ningún tipo en cuanto se ha comunicado su situación de discapacidad.³⁷

Hay que tener presente que el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) de Naciones Unidas ha instado al Gobierno español para que asegure la accesibilidad a recursos jurídicos para las personas que se enfrentan a procedimientos de ejecución hipotecaria y modifique la legislación que posibilita el privilegio de los bancos a la hora de notificar demandas por impago de hipotecas, que pueden culminar en un desahucio, aunque no se comunique correctamente a la persona afectada. La resolución del Comité, emitida a raíz del desahucio de su vivienda sin garantía de sus derechos de una mujer con discapacidad, entiende que España vulnera el derecho a la vivienda al disponer de una normativa que favorece la indefensión de las personas afectadas. Además de la CDPD, este tipo de disposiciones vulneran el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y su Protocolo Facultativo. El dictamen del Comité, además de obligar a España a proporcionar a la persona afectada "una

³⁷ EL MUNDO, "Un desahucio por la espalda", 15.10.2015, disponible en:
<http://www.elmundo.es/madrid/2015/10/13/561d654bca474182068b45fc.html> Asimismo, se puede obtener más información en:
http://www.cuatro.com/las-mananas-de-cuatro/2015/octubre/12-10-2015/Rosa-discapacitada-psiquica-desahuciada-exmarido_2_2066430056.html
<http://www.gentedigital.es/madrid/noticia/1776049/el-juez-da-un-mes-de-tregua-a-rosa-%07y-alvaro-tras-aplazar-el-desahucio/>
<http://www.periodicohortaleza.org/el-desahucio-de-rosa-tiene-fecha-viernes-30-de-octubre/>
<https://grupoapoyorosa.wordpress.com/2015/07/02/rosa-se-queda/>
<http://www.gentedigital.es/madrid/noticia/1771082/la-desesperante-cuenta-atras-de-rosa/>
http://www.eldistrito.es/frontend/eldistrito/noticia.php?id_noticia=32267&id_seccion=52
<https://www.youtube.com/watch?v=ObEJHKVsaTg&feature=youtu.be>
http://www.telecinco.es/informativos/Informativos-carta_5_1423875003.html (Min. 19:40)
http://cadenaser.com/emisora/2015/10/11/radio_madrid/1444572803_004136.html
http://enlaceinformativo.podomatic.com/entry/2015-10-22T12_11_18-07_00

reparación efectiva", le recuerda que tiene la "obligación de prevenir violaciones similares en el futuro".³⁸

³⁸ EL DIARIO.ES, "La ONU reprocha a España que permita a los bancos iniciar desahucios sin que el afectado lo sepa", 18.10.2015, disponible en: http://www.eldiario.es/sociedad/ONU-Espana-privilegio-comunicar-desahucios_0_441656726.html

3. ANEXOS

Anexo I: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA. ALTERNATIVA AL TRATAMIENTO AMBULATORIO INVOLUNTARIO (TAI). CONFEDERACIÓN FEAFES. OCTUBRE DE 2009

FEAFES, en cumplimiento de su misión (la mejora de la calidad de vida de las Personas con Enfermedad Mental y sus Familias, la defensa de sus derechos y la representación del movimiento asociativo), puso en marcha en 2008 un proceso de debate y reflexión interna en relación con los tratamientos ambulatorios involuntarios ante la controvertida y compleja discusión legal, política, social y científica que generan los mismos.

A modo de resumen, tras este proceso de debate y reflexión el movimiento FEAFES toma una serie de decisiones que se resumen en:

- **FEAFES renueva y revitaliza su compromiso y reivindicación para con la mejora de la atención de la salud mental, de las personas con enfermedad mental y sus familias, y en especial a aquellas con mayores dificultades y necesidades de apoyo y soporte reivindicando sus derechos fundamentales relacionados con el derecho a la vida, la salud y la dignidad.** FEAFES se preocupa especialmente de las personas con enfermedad mental con severa disfunción social (aislamiento social y/o dificultades importantes en habilidades de la vida diaria,...) como consecuencia de un severo o persistente trastorno mental. Son personas que pueden necesitar alto soporte por motivos diversos: frecuente riesgo para sí o para los demás, serias dificultades conductuales, elevado riesgo de recaídas, historia de pobre adherencia a los servicios, escaso contacto con servicios o dispositivos, con precariedad de alojamiento, alta sobrecarga de familiares y cuidadores.
- **FEAFES reivindica y asume el compromiso del seguimiento de la implantación de nuevas herramientas que se consideran claves en la mejora de la atención de nuestro colectivo, como son la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, la Cartera de Servicios en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, el desarrollo y adaptación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las**

Personas en situación de Dependencia y la adaptación de la normativa española pertinente en cumplimiento de la **Convención Internacional sobre los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas** ratificada por España en 2008.

- **FEAFES realiza una propuesta de intervención terapéutica basada en los principios de atención integral de las personas con enfermedad mental y de sus familias con especiales dificultades y necesidades**, en línea con los principios de actuación asumidos por la Estrategia de Salud Mental. **Se aboga por que cada persona diagnosticada con una enfermedad mental tenga garantías de un tratamiento integral adecuado, es decir, que contemple todas las medidas terapéuticas necesarias, reconociendo y reivindicando el centro/unidad de salud mental comunitaria como estructura básica de atención.** Dicho centro/unidad de salud mental comunitaria deberá contar con un equipo multidisciplinar que asegure la necesaria continuidad de cuidados, desde una perspectiva de accesibilidad y adaptación a las necesidades de cada persona, la atención domiciliaria y de tratamiento asertivo. Ello evitaría cualquier posibilidad de tratamiento ambulatorio involuntario.
- **FEAFES no solicitará ninguna modificación del marco normativo estatal específico que regule el Tratamiento Ambulatorio Involuntario.**

1. MARCO DE REFERENCIA

- **Principios asumidos por FEAFES**

FEAFES como movimiento asociativo, con implantación de todo el territorio español, une a las personas con enfermedad mental y sus familias, así como las asociaciones en que se organizan, estimulando un modelo de atención de base comunitaria generando mecanismos de integración social del colectivo al que representa.

FEAFES define y exige el cumplimiento, por medio de normativas y recursos, de la satisfacción de necesidades fundamentales tanto para las personas con enfermedad mental como para las familias. Definiendo como necesidades fundamentales, de las personas con enfermedad mental, la aceptación en su diversidad, el respeto a la capacidad de decisión sobre su propia vida, la promoción de su autonomía, la protección de sus derechos, el acceso a la información sobre la enfermedad mental y sus derechos así como a una atención socio-sanitaria integral y adaptada a sus necesidades. Y de las familias y allegados la satisfacción de necesidades de acceso a la información sobre la enfermedad mental y sus derechos, la seguridad de atención de calidad de sus familiares, así como a una atención socio-sanitaria integral y adaptada a sus necesidades.

Por ello, FEAFES reclama una adecuada atención sanitaria y social de las personas con enfermedad mental y sus familiares, que favorezca su rehabilitación, recuperación e incorporación social y laboral. Para ello es necesario promover la sensibilización social hacia las personas con enfermedad mental y sus familias, llamando la atención de toda la sociedad sobre la estigmatización que afecta al colectivo y que influye significativamente en su recuperación.

Así, toda actuación, atención o asistencia dirigida a las personas con enfermedad mental, en base a las orientaciones de la Organización Mundial de la Salud, debe cumplir los principios de los **modelos comunitario y de atención integral**. Esto es, teniendo en cuenta la naturaleza bio-psicosocial de la salud y la diversidad de las personas (ofreciendo, al menos, atención farmacológica, atención psicológicapsicoterapéutica, de rehabilitación psicosocial tanto a personas con enfermedad mental como a sus familiares) cumpliendo los criterios de atención en la comunidad, con especial énfasis en la prevención, con una red de dispositivos con funciones diversas y complementarias, compuestos por equipos multidisciplinares, garantizando la continuidad de cuidados, favoreciendo la vinculación entre servicios sanitarios y sociocomunitarios y garantizando la participación de los ciudadanos.

Desde esta perspectiva, FEAFES reivindica el cumplimiento, en todo recurso y servicio, de criterios de accesibilidad y disponibilidad, flexibilidad y adaptabilidad, de participación activa de la persona con enfermedad mental y familia en el proceso así como la utilización de los tratamientos menos restrictivos posibles.

- **Nuevas normativas y disposiciones**

Consciente de la nueva realidad normativa y estratégica en la que nuestro país se encuentra, FEAFES estudia las nuevas herramientas legales y estratégicas que se han aprobado en estos últimos tres años, entre las que destacan:

1º Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud aprobada por unanimidad por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud por todas las Comunidades Autónomas en diciembre de 2006. Constituye un hito en la evolución de la atención en Salud Mental en España, supone la consecución de una reivindicación histórica de FEAFES. En ella se establece un marco de trabajo común basado en los principios básicos del modelo comunitario de atención a la salud mental que FEAFES defiende, incluyendo y asumiendo diferentes aspectos críticos planteados por el movimiento asociativo. FEAFES participó activamente en su elaboración de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud así como en su seguimiento y evaluación bianual, dado su carácter dinámico basado en criterios de calidad y de mejora continua.

2º Aprobación de la Cartera de Servicios en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre) en el que se detalla tanto la cartera de servicios de atención primaria como especializada incluyendo en ambos casos la atención a la salud mental. En el que se incluye en la atención a la salud mental, entre otras, actuaciones preventivas y de promoción de la salud mental en coordinación con otros recursos sanitarios y no sanitarios; diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales o familiares y la hospitalización cuando se precise y la rehabilitación; la atención a los trastornos de salud mental derivados de las situaciones de riesgo o exclusión social; la información y asesoramiento a las personas vinculadas, especialmente al cuidador/a principal.

3º Ratificación en España en 2008 de la Convención Internacional sobre los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas que establece un nuevo marco legislativo, que debía aplicarse a las leyes existentes. Convención que obliga a cuestionarse en el ordenamiento jurídico español conceptos como incapacitación, internamientos, involuntariedad,... en tanto que pueden ser entendidos como una vulneración de derechos fundamentales de las personas con discapacidad (entre los que se incluyen las personas con enfermedad mental).

2. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN TERAPEUTICA. UNA PROPUESTA ALTERNATIVA AL TAI

FEAFES, identificada con el modelo comunitario de atención a las personas con enfermedad mental, considera que sólo desarrollando dicho modelo se puede dar una respuesta real y eficaz a las situaciones de las personas con enfermedad mental y sus familias con necesidades de alto soporte.

Con el fin de abordar la situación compleja de las personas con enfermedad mental que necesitan de un alto apoyo sanitario y social FEAFES reivindica un abordaje urgente y específico de los objetivos relacionados con la Atención a los trastornos mentales aprobada en la Estrategia de Salud Mental (línea estratégica 2).

Así con el fin de “Mejorar la calidad, la equidad y la continuidad de la atención a los problemas de salud mental”, es imprescindible priorizar el cumplimiento de varios objetivos específicos descritos en la Estrategia, de especial relevancia para las personas con enfermedad mental con mayor necesidad de apoyo sanitario y social.

Estos son:

- Desarrollar e implantar de forma efectiva por las Comunidades Autónomas, en el marco de sus competencias, las prestaciones que se incluyen en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, tanto en el ámbito de la Atención Primaria como en el de la atención especializada. (objetivo específico 4.1.).
- Establecer, en cada una de las estructuras territoriales sanitarias, el acceso a todos los dispositivos o programas terapéuticos, incluyendo los rehabilitadores, suficientes para encarar las necesidades de su población, asegurando la continuidad asistencial a través

de una red integrada de servicios en la que estarán incluidos los hospitales generales, y coordinados con atención primaria. (objetivo específico 4.11.)

- Establecer, para las personas con trastornos mentales en tratamiento, un plan individualizado de atención. (objetivo específico 4.12.)
- Disponer en los equipos de salud mental en el ámbito comunitario, y en relación con los trastornos mentales graves prolongados, de un sistema organizativo para evitar los abandonos, facilitar la adherencia y que incluya la atención domiciliaria, así como la gestión y la coordinación multisectorial de su proceso asistencial. (objetivo específico 4.13.)

Por lo que para favorecer el cumplimiento de los objetivos específicos relacionados, FEAFES propone como actuación alternativa al TAI, **el desarrollo de CENTROS/UNIDADES DE SALUD MENTAL COMUNITARIAS, COMPLETAS Y DE CALIDAD.**

Centros/ Unidades de Salud Mental Comunitarios basados en el modelo biopsicosocial de base comunitaria, orientado a los usuarios y las usuarias, con una práctica asistencial justificada en pruebas aceptadas por la comunidad científica internacional y una concepción integrada de la atención.

Estos Centros/Unidades de Salud Mental, en el marco de prestaciones de la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud, deben desarrollarse por parte de todas las Comunidades Autónomas como estructuras básicas de atención a los problemas de salud mental y responsables del proceso terapéutico de las personas con enfermedad mental.

Las **funciones** que deben abarcar son, al menos, la detección y diagnóstico, la atención a las situaciones de crisis, el tratamiento y seguimiento, el apoyo a la Atención Primaria de Salud y la atención específica a los Trastornos Mentales Graves.

Para ello deben incluir entre otros procedimientos relacionados con el diagnóstico, la atención inmediata y accesible, el tratamiento y seguimiento individualizado psicofarmacológico, psicoterapéutico y rehabilitador, la atención domiciliaria, la captación de los pacientes desvinculados del sistema de atención, la tutoría o gestión de casos (Plan de Seguimiento Individualizado). Así como funciones relacionadas con tareas de soporte e intervención a familias y allegados, entre las que cabe destacar, información de la enfermedad ofreciendo intervenciones psicoeducación y programas psicosociales, apoyo y ayuda en las crisis y en la vida cotidiana.

Estos Centros/Unidades deben estar **compuestos por equipos multidisciplinares** dotados con número suficiente de psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, auxiliares, auxiliares de apoyo domiciliario, otros (terapeutas ocupacionales, técnicos de integración social,...). Deben ofrecer una atención integral teniendo en cuenta la naturaleza bio-psicosocial de la salud, y la diversidad de las personas. Su acción debe fundamentarse, en cualquier caso, en los criterios de utilización de los tratamientos menos restrictivos posibles y de implicación de la persona con enfermedad mental en las decisiones.

La composición mínima del equipo multidisciplinar de un Centro/Unidad de Salud Mental Comunitaria para una población adulta de 30.000 habitantes debe incluir: 1 psiquiatra, 2 psicólogos (preferentemente psicólogo clínico), 4 enfermeros, 1 trabajador social, 4 auxiliares de clínica, 1 terapeuta ocupacional o similar y 1 auxiliar administrativo.

La puesta en marcha de esta red básica de centros/ unidades completas de salud mental aseguraría la adecuada atención integral a los trastornos mentales, y de su acción se aseguraría el adecuado seguimiento de los casos, lo que seguramente evitaría en gran medida las circunstancias de aquellas personas que en el momento actual se pueden considerar susceptibles de un tratamiento ambulatorio involuntario.

El desarrollo y consecuente financiación de los Centros/Unidades de Salud Mental Comunitarias favorecerá la mejora en la atención de la salud mental a toda la población (y especialmente a las personas con mayores dificultades).

3. ACTUACIONES DE FEAFES REALIZADAS

FEAFES tomó la decisión de proponer en el Comité de Seguimiento y Evaluación de la Estrategia de Salud Mental en diciembre 2008, la inclusión en la línea de atención a los trastornos mentales un nuevo objetivo y recomendación en los siguientes términos (aprobado por el Comité Técnico e Institucional y recientemente aprobado en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud del 27 de octubre 2009):

Línea Estratégica 2: Atención a los trastornos mentales Objetivo General 4: Mejorar la calidad, la equidad y la continuidad de la atención a los problemas de salud mental.

Objetivo Específico nuevo aprobado:

4.24. Las Comunidades Autónomas ofertarán, con un modelo asertivo, intervenciones de carácter integral capaces de facilitar la atención necesaria a las personas que, como consecuencia del trastorno que padecen, tienen dificultades para ejercer su derecho al tratamiento más adecuado, facilitando la adherencia al mismo y la continuidad de cuidados.

Nueva recomendación aprobada:

La unidad/ centro o servicio de Salud Mental es responsable del proceso terapéutico de las personas con enfermedad mental. Deben estar compuestos por equipos multidisciplinares dotados con número suficiente de psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeros, trabajadores sociales, auxiliares, auxiliares de apoyo domiciliario y cuantos otros (terapeuta ocupacional, educador social o similares) recomienden las mejores prácticas disponibles. Estos equipos ofertarán una atención integral teniendo en cuenta la naturaleza bio-psicosocial de la salud, la diversidad de las personas y los requerimientos específicos del paciente y de su entorno de convivencia para garantizar los tratamientos menos restrictivos posibles con implicación de la persona con enfermedad mental en las decisiones y facilitando la colaboración de sus cuidadores informales cuando los hubiere.

Por otra parte, FEAFES apoyó la modificación de varios objetivos incluyendo la atención domiciliaria, en:

Objetivos específicos modificados:

4.3. Las Comunidades Autónomas establecerán pautas de atención a las urgencias psiquiátricas y situaciones de crisis, **incluyendo atención domiciliaria**, en colaboración con los distintos sectores implicados, **especialmente atención primaria**.

4.11. Establecer, en cada una de las estructuras territoriales sanitarias, el acceso a todos los dispositivos o programas terapéuticos, **incluyendo la atención domiciliaria** y rehabilitación, suficientes para encarar las necesidades de su población, asegurando la continuidad asistencial a través de una red integrada de servicios en la que estarán incluidos los hospitales generales, y coordinados con atención primaria.

Anexo II: MEDIDAS TERAPÉUTICAS PARA EVITAR TENER QUE RECURRIR A MEDIDAS COACTIVAS. CONFEDERACIÓN FEAFES. MAYO DE 2013

FEAFES, en cumplimiento de su misión, mantiene un firme compromiso y rotunda reivindicación centrados en la atención a las personas con enfermedad mental y sus familiares, especialmente a aquellas con mayores dificultades y necesidades de apoyo y soporte. Esta organización además enfatiza la necesidad de **respeto** de los derechos fundamentales relacionados con el **derecho a la vida, la salud y la dignidad**.

Entre las personas con enfermedad mental, nos preocupan sobremanera aquellas que presentan una severa disfunción social como consecuencia de un trastorno mental grave y/o persistente. Ellas pueden necesitar alto soporte por diferentes motivos como son: frecuente riesgo para sí o para los demás, serias dificultades conductuales, elevado riesgo de recaídas, historia de pobre adherencia a los servicios, escaso contacto con los servicios o dispositivos, con precariedad de alojamiento, alta sobrecarga de familiares y cuidadores...

En ocasiones, estas personas se ven abocadas a un **Tratamiento Ambulatorio Involuntario (TAI)**. FEAFES muestra su convencimiento de que **si se realizaran intervenciones terapéuticas a tiempo y adecuadas, no sería preciso hacer uso del mismo**.

Consideramos que la intervención terapéutica para las personas con enfermedad mental debe basarse en los principios de atención integral, en línea con los principios de actuación asumidos por la Estrategia de Salud Mental. Es decir, si cada persona diagnosticada con un problema de salud mental tiene garantías de un tratamiento integral adecuado que incluya los cuatro elementos terapéuticos que a continuación expondremos, conseguiremos disminuir radicalmente el número de Tratamientos Ambulatorios Involuntarios y favoreceremos la rehabilitación, recuperación e incorporación social y laboral de las personas con trastorno mental.

Las cuatro medidas terapéuticas clave, complementarias y simultáneas entre sí, para garantizar una atención adecuada son las que siguen a continuación. Cabe destacar que estas medidas terapéuticas están consensuadas con las Comunidades Autónomas y reflejadas en la "Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud":

– Planes Individualizados de Atención

Se trata de articular desde una primera intervención un plan de atención individualizado para las personas diagnosticadas con Trastorno Mental Grave.

Es preciso establecer una normativa que obligue a las Comunidades Autónomas a poner en marcha los “Planes Individualizados de Atención”, que constituyen el núcleo central de los protocolos de atención. Su uso es una práctica generalizada en muchos países europeos.

El **Plan Individualizado de Atención para los Trastornos mentales graves**, reflejado por escrito en el historial clínico informatizado del paciente, tendrá un seguimiento y una posterior evaluación. Este Plan Individualizado se crea a partir de una reunión del equipo o del profesional que atiende al paciente con él y su familia para establecer conjuntamente el seguimiento que se va a hacer y nombrar a la persona que tutorizará el plan, que recoge los cuatro aspectos siguientes:

1. La evaluación de las necesidades de tratamiento, rehabilitación, cuidados y apoyo, así como la previsión de posibles situaciones de riesgo.
2. La programación de todas las actuaciones necesarias para dar respuesta a estas necesidades, y los criterios y plazos para la evaluación de su efecto.
3. El acuerdo entre el equipo de salud mental, los de otros servicios que podrían estar involucrados en el caso, el/la paciente y/o el cuidador responsable acerca de esta programación.
4. El nombre del miembro del equipo que será responsable de su ejecución y de las personas de referencia, en cada uno de los dispositivos que el/la paciente pueda utilizar.

– Equipo de Intervención Familiar

La Estrategia en Salud Mental incluye como objetivo específico “aumentar el porcentaje de familias de pacientes con trastornos mentales graves que reciben un programa de intervención familiar específico, para mejorar su capacidad de afrontar las crisis y prevenir las recaídas”.

En las últimas dos décadas se han realizado estudios con al menos 30 ensayos clínicos que demuestran que determinados métodos psicoeducativos llevados a cabo en el medio familiar, mejoran significativamente el curso de la enfermedad reduciendo el riesgo de recaídas (6-12% comparado con el 41-53% cuando se aplica el tratamiento estándar) al tiempo que se reduce la sobrecarga familiar.

Según las Guías de Práctica Clínica publicadas recientemente, las personas que han sido diagnosticadas con trastorno mental grave deben recibir, además de la medicación, como mínimo los siguientes tipos de intervenciones terapéuticas y tratamientos: entrenamiento en habilidades instrumentales, Tratamiento Asertivo Comunitario (modelo Gijón, modelo Avilés, etc), e Intervención Familiar Psicoeducativa (IFP).

En nuestro país, pese a los avances producidos desde la reforma psiquiátrica, menos del 5% de las personas con trastorno mental grave recibe estos tratamientos, siendo el tratamiento farmacológico el predominante.

La propuesta de FEAFES es que todas las familias de personas diagnosticadas con trastorno mental grave tengan la oportunidad de acceder a la Intervención Familiar Psicoeducativa que incluya, además de psicoeducación, el entrenamiento en técnicas de comunicación interpersonal, en técnicas de resolución de problemas y en prevención e intervención en crisis.

El procedimiento que proponemos es que las Consejerías de Salud de todas las Comunidades Autónomas tomen las medidas necesarias para que se implante en todos los territorios un equipo multidisciplinar de Intervención Familiar Psicoeducativa por cada 250.000 habitantes. Este equipo podrá ser de dedicación completa o parcial, según las necesidades del área, y deberá incluir al menos la participación de profesionales de psicología clínica y DUE o auxiliar de enfermería. Las administraciones sanitarias deberán así mismo facilitar la formación específica en IFP de dichos equipos.

– **Apoyo domiciliario**

Destacado como objetivo estratégico por la Estrategia de salud mental “disponer en los equipos de salud mental en el ámbito comunitario, y en relación con los trastornos mentales graves prolongados, de un sistema organizativo para evitar los abandonos, facilitar la adherencia y que incluya la **atención domiciliaria**, así como la gestión y la coordinación multisectorial de su proceso asistencial”.

El **programa de acompañamiento integral** es de carácter terapéutico, individualizado e integral y pretende favorecer la continuidad de la atención a las personas con enfermedad mental y el desarrollo de la autonomía personal. Está dirigido a personas con enfermedad mental que presentan de forma consistente dificultades en áreas básicas de la vida diaria, en el seguimiento de los tratamientos, en la continuidad de la atención sociosanitaria, en el acceso a los dispositivos y recursos para la integración social, en la participación de actividades en la comunidad, o con grave riesgo de padecer estas dificultades a corto o medio plazo.

El objetivo general de este programa es facilitar los apoyos necesarios para la recuperación, la integración y el acceso de las personas con enfermedad mental a los recursos socio-comunitarios con el objetivo de promover la autonomía personal, tratamientos integrales y mantener una calidad de vida digna.

Los objetivos específicos del programa son los siguientes:

- Favorecer la implicación de la persona con enfermedad mental en su propio proceso de recuperación.
- Fomentar la participación de la familia en el acompañamiento del proceso de recuperación de la persona con enfermedad mental
- Potenciar la utilización por parte de la persona con enfermedad mental de recursos sociales y sanitarios en la comunidad.
- Promover el conocimiento del programa en el entorno comunitario para difundir el servicio y establecer cauces de colaboración.

El equipo de atención domiciliaria constaría de dos personas: 1 psicólogo/a clínico/a y 1 trabajador/a social.

– **Equipo multidisciplinar**

Enmarcado en los Centros/Unidades de Salud Mental, debe estar compuesto por un número suficiente de psiquiatras, psicólogos/as, enfermeros/as, trabajadores/as sociales, auxiliares, auxiliares de apoyo domiciliario y otros como terapeutas ocupacionales, técnicos de integración social, etc. Este equipo ofrecería una atención integral teniendo en cuenta la naturaleza bio-psicosocial de la salud y la diversidad de las personas. Su acción debe fundamentarse en los criterios de utilización de los tratamientos menos restrictivos posibles y de implicación de la persona con enfermedad mental en las decisiones.

La composición del equipo para una población adulta de 30.000 habitantes debe incluir al menos 14 profesionales: 1 psiquiatra, 2 psicólogos/as (preferentemente clínicos), 4 enfermeros/as, 1 trabajador/a social, 4 auxiliares de clínica, 1 terapeuta ocupacional o similar y 1 auxiliar administrativo.

ANEXO. – INVERSIÓN ECONÓMICA

En honor al rigor, hablamos de “inversión económica” en tanto poner en marcha las medidas terapéuticas anteriormente mencionadas supone una reducción del gasto en urgencias, del tratamiento farmacológico y de los ingresos hospitalarios.

Por lo tanto, estas medidas terapéuticas están encaminadas al ahorro sanitario de la Administración Pública, para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

En relación a los Equipos de Intervención Familiar, es interesante destacar que se ha podido observar una reducción del coste económico global de la atención sanitaria y social de los/as pacientes con trastorno mental, a pesar de que el tratamiento inicial es por lo general intensivo, considerándose actualmente como una intervención psiquiátrica económicamente rentable.

Se estima que, inicialmente, por cada 250.000 habitantes de población general se necesitarán 40-60 horas de dedicación especializada por parte del equipo de intervención para cada una de las familias de las 20-30 personas que desarrollarán el trastorno. Es decir, un total de 1.000-1.500 horas anuales de dedicación especializada. Para realizar un mejor seguimiento, esta dedicación deberá incrementarse en un 30%.

- **Medida Terapéutica “Planes Individualizados de Atención”**: Una vez que tras las primeras visitas se realice el diagnóstico de trastorno mental grave, cualquier miembro del equipo establecerá junto con la persona afectada el Plan Individualizado de Atención. No precisa una inversión específica.
- **Medida Terapéutica “Equipo de Intervención Familiar”**: Para desarrollarla se necesitan dos profesionales (Psicólogo/a Clínico, Trabajador/a Social, Diplomado/a en Enfermería, Auxiliar de Enfermería) para 250.000 habitantes. Esta medida requiere de una inversión en recursos humanos que se recuperaría con creces, dado que su aplicación supone disminuir enormemente las recaídas de las personas con trastornos mentales graves y los gastos que de las recaídas se derivan.
- **Medida Terapéutica “Apoyo domiciliario”**: Para su aplicación es necesario contar con Psicólogo/a Clínico o Trabajador/a Social y un/a Auxiliar de Ayuda a Domicilio en cada Unidad de Salud Mental. Su puesta en marcha implica realizar una inversión de sólo dos profesionales, la cual se recuperará indiscutiblemente ya que se reducirían enormemente los ingresos hospitalarios (de elevado coste económico).
- **Medida Terapéutica “Equipo multidisciplinar”**: Se concretaría en dotar a las Unidades de Salud Mental de los/as profesionales indicados anteriormente. Esto significa una inversión en recursos humanos de unos 14 profesionales, la cual se recupera ampliamente al disminuir las consultas en servicios de urgencias, las recaídas y los ingresos hospitalarios en un periodo inferior a doce meses.

Como valor añadido de aplicar las medidas anteriormente descritas se mejoraría la atención a la salud mental y se obtendría una mejora muy significativa en la calidad de vida de la personas con trastornos mentales graves, además de disminuir el coste económico de las partidas sanitarias destinadas a la atención de la salud mental.

Anexo III: INFORME DEL COMITÉ JURÍDICO DE FEAFES “EL INGRESO INVOLUNTARIO A LA LUZ DE LA CONVENCION DE LA ONU SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD”. MAYO DE 2015

1º.- PLANTEAMIENTO

Según el art.17 de nuestra Constitución³⁹, toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. El derecho a la libertad es, según nuestro texto constitucional, uno de los derechos fundamentales más básicos, cuya protección es absolutamente imperativa. Por ello, sólo se puede privar de la libertad en los casos rigurosamente tasados por la Ley y con las garantías que ésta establezca. Uno de esos casos legalmente tasados lo constituye la detención por razones penales, aunque existen otras vías por las que la ley prevé la privación de libertad de la persona.

¿Hasta dónde debemos entender que se extiende el alcance de este derecho a la libertad? El art.10.2 del mismo texto constitucional establece un criterio interpretativo básico: *“Las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretarán de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por España”*. Por lo tanto, cuando se trate de personas con discapacidad, lo establecido en el art.17 antes mencionado, tendrá que interpretarse a la luz de lo que establezca el art.14 de la Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (en adelante, CDPD).⁴⁰ Así, nos encontramos con que este precepto prohíbe que la existencia de una discapacidad justifique la privación de la libertad, garantizando el disfrute de la libertad para estas personas en igualdad de condiciones que todos los ciudadanos, lo cual tiene relación directa con el principio de no discriminación por tener esta condición.

Sin embargo, en nuestro país hay supuestos en los que una autoridad legitimada, imparcial y garante de los derechos fundamentales como es el Juez, autoriza la privación de la libertad de una persona, sin considerar su voluntad. Tal es el caso de los ingresos involuntarios a los que se ven

³⁹ CORTES GENERALES, Constitución española, texto publicado en BOE núm. 311 de 29 de Diciembre de 1978.

⁴⁰ NACIONES UNIDAS, Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada el 13 de diciembre de 2006 en la Sede de las Naciones Unidas en Nueva York.

sometidas con demasiada frecuencia las personas con trastornos mentales, cuyas garantías judiciales son reguladas actualmente en el art. 763 de nuestra Ley de Enjuiciamiento Civil,⁴¹ todavía bajo la denominación de internamientos no voluntarios por razón de trastorno psíquico. Mientras este precepto se ocupa tan solo de las garantías judiciales, los aspectos materiales relacionados con la intervención y el traslado del paciente han quedado sujetos a una serie dispersa de protocolos de eficacia muy cuestionable.

2º.- INGRESOS INVOLUNTARIOS: PERSPECTIVA NACIONAL E INTERNACIONAL

A nivel nacional, las garantías judiciales de esta medida están reguladas en una norma procesal civil, la Ley de Enjuiciamiento Civil (en adelante, LEC), concretamente en su artículo 763. La figura aparece bajo la denominación “internamientos no voluntarios por razón de trastorno psíquico”, estableciéndose lo siguiente:

“1. El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial, que será recabada del tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento.

La autorización será previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hicieren necesaria la inmediata adopción de la medida. En este caso, el responsable del centro en que se hubiere producido el internamiento deberá dar cuenta de éste al tribunal competente lo antes posible y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas, a los efectos de que se proceda a la preceptiva ratificación de dicha medida, que deberá efectuarse en el plazo máximo de setenta y dos horas desde que el internamiento llegue a conocimiento del tribunal.

En los casos de internamientos urgentes, la competencia para la ratificación de la medida corresponderá al tribunal del lugar en que radique el centro donde se haya producido el internamiento. Dicho tribunal deberá actuar, en su caso, conforme a lo dispuesto en el apartado 3 del artículo 757 de la presente Ley.

⁴¹ JEFATURA DEL ESTADO, Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, texto publicado en BOE núm. 7 de 08 de Enero de 2000.

2. *El internamiento de menores se realizará siempre en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor.*

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

En todo caso, la decisión que el tribunal adopte en relación con el internamiento será susceptible de recurso de apelación.

4. *En la misma resolución que acuerde el internamiento se expresará la obligación de los facultativos que atiendan a la persona internada de informar periódicamente al tribunal sobre la necesidad de mantener la medida, sin perjuicio de los demás informes que el tribunal pueda requerir cuando lo crea pertinente.*

Los informes periódicos serán emitidos cada seis meses, a no ser que el tribunal, atendida la naturaleza del trastorno que motivó el internamiento, señale un plazo inferior.

Recibidos los referidos informes, el tribunal, previa la práctica, en su caso, de las actuaciones que estime imprescindibles, acordará lo procedente sobre la continuación o no del internamiento.

Sin perjuicio de lo dispuesto en los párrafos anteriores, cuando los facultativos que atiendan a la persona internada consideren que no es necesario mantener el internamiento, darán el alta al enfermo, y lo comunicarán inmediatamente al tribunal competente”.

En este sentido, nuestro Tribunal Constitucional ha señalado que la regulación que nuestro ordenamiento hace de esta materia, es inconstitucional.

A raíz de una solicitud de internamiento de una persona mayor de edad en un centro psiquiátrico, el Juzgado de Primera Instancia nº 8 de A Coruña planteó una cuestión de inconstitucionalidad en

relación al art. 763.1 de la Ley de Enjuiciamiento Civil (que regula los internamientos no voluntarios por razón de trastorno psíquico) y con fecha 2 de diciembre de 2010 el Tribunal Constitucional dictó sentencia,⁴² declarando parcialmente inconstitucional dicho precepto en los siguientes incisos (subrayados en negrita en el texto del artículo reproducido arriba):

- a. *“El internamiento, por razón de trastorno psíquico de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o tutela, requerirá autorización judicial”;*
- b. *“La autorización será previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hicieren necesaria la inmediata adopción de la medida”.*

La razón de esta declaración tiene que ver con el hecho de que este artículo 763 LEC contiene una medida de privación de libertad, por lo que afecta a un derecho fundamental que sólo puede regularse mediante ley orgánica (y no, como en este caso, mediante mera una mera ley ordinaria, como es la LEC).

Si bien es cierto que esta sentencia no supone un avance a nivel de contenido en relación con la Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, ya que únicamente constata un defecto formal importante y se indica expresamente que el mismo no habrá de tener consecuencias sobre la práctica diaria en la aplicación de este tipo de medida.

Por lo tanto, ¿qué consecuencias tiene esta sentencia?

- No se declara la nulidad para evitar un vacío no deseable en nuestro Ordenamiento jurídico.
- No se cuestiona el contenido material de este precepto.
- El legislador debe regular la medida de internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico mediante ley orgánica y debe hacerlo a la mayor brevedad posible.

⁴² TRIBUNAL CONSTITUCIONAL, STC 132/2010, de 2 diciembre (Sala Pleno).

En conclusión, la medida puede seguir aplicándose mientras se plantea su regulación mediante la referida ley orgánica.

Ahora bien, como se ha visto en el apartado 1º, toda interpretación de las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución, habrá de efectuarse de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos⁴³ y los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por España (art.10 de la Constitución española). De ahí que haya de mirarse a dichos tratados y acuerdos a la hora de abordar cualquier regulación o modificación de las normas vigentes que afecten a tales derechos, especialmente cuando afecten a las personas con discapacidad.

En este sentido, el 28 de julio de 2008, el Relator Especial contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes elaboró un revelador informe en cumplimiento de la resolución 62/148 de la Asamblea General de Naciones Unidas. En él destaca que, tras la entrada en vigor de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo, sería oportuno examinar el marco contra la tortura en relación con las personas con discapacidad, lo cual entronca con el art.15 del texto de la Convención. Constata que *“muchos Estados permiten, con o sin fundamento jurídico, la reclusión en instituciones de personas con discapacidad mental sin su consentimiento libre e informado, basándose en la existencia de un diagnóstico de discapacidad mental, con frecuencia unido a otros criterios tales como ‘ser un peligro para sí mismo y para otros’ o ‘necesidad de tratamiento’”*.⁴⁴

En el año 2013, este mismo mecanismo establecido por el Consejo de Derechos Humanos de la ONU, emitió un nuevo informe⁴⁵ en el que hizo mención especial a las personas con discapacidad psicosocial, definidas como: *“aquellas que tengan deficiencias físicas, 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. Son personas desatendidas o ingresadas en instituciones de atención psiquiátrica y social, pabellones psiquiátricos, campamentos de oración, internados seculares y religiosos en que se ofrecen*

⁴³ NACIONES UNIDAS, Asamblea General, Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948.

⁴⁴ NACIONES UNIDAS, Asamblea General, Informe provisional del Relator Especial sobre la cuestión de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, A/63/175, 28 de julio de 2008.

⁴⁵ NACIONES UNIDAS, Asamblea General, Informe provisional del Relator Especial sobre la cuestión de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, A/HRC/22/53, 1 de febrero de 2013.

terapias, campamentos de entrenamiento, centros residenciales privados de tratamiento o centros de curación por medios tradicionales”.

En este informe, el Relator especial, recuerda que *“la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad también proporciona una orientación autorizada sobre los derechos de las personas con discapacidad y prohíbe el tratamiento y el encierro involuntarios por razones de discapacidad, reemplazando así normas anteriores como los Principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental, de 1991 (Principios de 1991)”* y ofrece *“el conjunto más completo de normas sobre esos derechos, entre otras cosas, en el contexto de la atención de la salud, en el que las opciones de las personas con discapacidad suelen quedar invalidadas atendiendo a un supuesto ‘interés superior’ y las violaciones graves y la discriminación contra estas personas pueden encubrirse aduciendo las “buenas intenciones” de los profesionales de la salud”.*

Asimismo, afirma que *“cometiéndose en entornos de atención de la salud abusos graves contra personas con discapacidad psicosocial o intelectual, como el abandono, el maltrato mental y físico y la violencia sexual”.* Por lo tanto, hay que poner los medios para detectar este tipo de situaciones.

El informe reafirma y destaca:

1. *“No puede haber justificación terapéutica para el uso de la reclusión en régimen de aislamiento y los períodos prolongados de inmovilización de las personas con discapacidad en instituciones psiquiátricas; tanto el aislamiento prolongado como la inmovilización pueden constituir tortura y malos tratos”. Además, añade “toda inmovilización de estas personas, incluso durante un breve período de tiempo, puede constituir tortura y malos tratos. Es esencial que se aplique una prohibición absoluta de todas las medidas coercitivas y no consentidas, incluida la inmovilización y el régimen de aislamiento de las personas con discapacidad intelectual o psicológica, en todos los lugares de privación de libertad, incluidas las instituciones de atención psiquiátrica y social. Las circunstancias de impotencia en que se halla el paciente y el trato abusivo de las*

personas con discapacidad, en el que se recurre a la inmovilización y la reclusión, pueden dar lugar a otros tratamientos no consentidos, como la medicación forzosa y los procedimientos de electrochoque”.

2. *“Las intervenciones médicas forzosas, que suelen justificarse erróneamente alegando teorías de incapacidad y de necesidad terapéutica contrarias a la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, se ven legitimadas por las leyes nacionales, y pueden llegar a gozar de un amplio apoyo público al realizarse en aras del presunto ‘interés superior’ de la persona afectada. No obstante, en la medida en que infligen dolor o sufrimientos graves, contravienen la prohibición absoluta de la tortura y tratos crueles, inhumanos o degradantes (A/63/175, párrs. 38, 40 y 41). Su preocupación por la autonomía y la dignidad de las personas con discapacidad hace que el Relator Especial inste a que se revise la legislación nacional que permite las intervenciones médicas forzosas”.*
3. *“El pleno respeto de la capacidad jurídica de cada persona es un primer paso en la prevención de la tortura y los malos tratos. En todo el mundo millones de personas con discapacidad son despojadas de su capacidad jurídica debido a la estigmatización y la discriminación, mediante una declaración judicial de incapacidad o sencillamente por una decisión facultativa, según la cual la persona ‘carece de capacidad’ para tomar decisiones. Privadas de su capacidad jurídica, se asigna a estas personas un tutor u otro encargado de tomar decisiones en su lugar, cuyo consentimiento será considerado suficiente para justificar un tratamiento forzoso (E/CN.4/2005/51, párr. 79)”.*
4. *“Solo en una situación de emergencia que ponga en riesgo la vida de una persona y en la que no haya desacuerdo con respecto a la falta de capacidad jurídica podrá un profesional sanitario realizar un procedimiento para salvar la vida sin obtener el consentimiento informado”.*
5. *“El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ha sido muy explícito en su llamamiento a favor de prohibir la privación de libertad en razón de la discapacidad, es decir, el internamiento forzoso de carácter no penal, el ingreso forzoso en una institución o*

la privacidad de libertad por motivos de discapacidad. Establece que la vida en comunidad, con apoyo, ha dejado de ser un avance político favorable para convertirse en un derecho internacionalmente reconocido. La Convención se aparta radicalmente de ese enfoque y prohíbe por discriminatoria la privación de libertad basada en la existencia de una forma de discapacidad, en particular mental o intelectual. El apartado b) del párrafo 1 del artículo 14 de la Convención establece claramente que los Estados partes asegurarán que "la existencia de una discapacidad no justifique en ningún caso una privación de la libertad". Deben abolirse las normas que autorizan el internamiento en una institución de las personas con discapacidad en razón de esta y sin su consentimiento libre e informado. Ello debe incluir la derogación de las disposiciones que autorizan el internamiento de las personas con discapacidad para su atención y tratamiento sin su consentimiento libre e informado, así como las que autorizan la privación preventiva de libertad de las personas con discapacidad por motivos tales como la posibilidad de que puedan ponerse en peligro a sí mismas o a otros, en todos los casos en que los motivos de la atención, el tratamiento y la seguridad pública estén vinculados en la legislación a una enfermedad mental aparente o diagnosticada. Esto no debe interpretarse en el sentido de que las personas con discapacidad no puedan ser legalmente internadas para su atención y tratamiento o privadas preventivamente de libertad, sino que el fundamento jurídico que determina la restricción de libertad debe estar desvinculado de la discapacidad y definido sin referencia a ésta, de manera que se aplique a todas las personas en igualdad de condiciones. (A/HRC/10/48, párrs. 48 y 49)".

6. *"La privación de libertad por motivos de enfermedad mental es injustificada si se basa en la discriminación o en los prejuicios contra las personas con discapacidad. En virtud del Convenio Europeo de Derechos Humanos, los trastornos mentales deben revestir cierta gravedad para justificar la privación de libertad. El Relator Especial considera que la gravedad de la enfermedad mental no es en sí misma suficiente motivo para justificar la privación de libertad; el Estado también debe demostrar que es necesaria para proteger la seguridad de la persona o de terceros. Salvo en casos de emergencia, el interesado no se verá privado de su libertad, a menos que se haya demostrado de manera fiable que está "trastornado"⁸⁸. Como la reclusión en un contexto psiquiátrico puede dar lugar a un*

tratamiento psiquiátrico no consentido, el titular del mandato declaró que la privación de libertad basada en la existencia de una discapacidad podría infligir también una pena o un sufrimiento graves a la persona, con lo que entraría en el ámbito de aplicación de la Convención contra la Tortura (A/63/175, párr. 65). Al hacer esa evaluación deberían tenerse en cuenta factores como el temor y la ansiedad producidos por la detención por tiempo indefinido, la administración forzosa de medicamentos o de electrochoque, la inmovilización y la reclusión, y la separación de la familia y la comunidad, entre otras cosas”.

7. *“Además, las consecuencias del internamiento de personas que no reúnen los criterios adecuados de admisión, como sucede en la mayoría de las instituciones al margen de los sistemas de vigilancia o que carecen de la supervisión necesaria en materia de admisión⁹¹, plantean cuestiones concretas en lo que respecta a la prohibición de la tortura y los malos tratos. El internamiento de personas en instituciones que sea no consentido, inadecuado o innecesario puede constituir tortura o malos tratos debido a un uso de la fuerza que trascienda lo estrictamente necesario”.*

En nuestro país, desde una perspectiva de derechos humanos, no hemos avanzado lo suficiente en el ámbito socio-sanitario, al menos en lo que a atención de las personas con trastornos mentales se refiere, y esa falta de avance se ve avalada por una normativa inadecuada al respecto, fundamentada en los criterios de ‘ser un peligro para sí mismo y para otros’ o ‘necesidad de tratamiento’. En el ámbito socio-sanitario, estas personas sufren con frecuencia graves abusos y violaciones de su derecho a la integridad física y mental (art.17 de la Constitución y arts. 16 y 17 de la CDPD). Específicamente, esto se produce a través de tratamientos, en principio, dirigidos a corregir y aliviar su situación: tratamientos forzados, medicación administrada sin su consentimiento libre e informado o en contra de su voluntad y que pueden tener efectos secundarios como temblores, estremecimientos, contracciones, apatía, etc., la denominada “terapia electroconvulsiva” y otras formas de tratamiento al efecto.

Es importante recordar también que el Comité de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad entre la Observaciones⁴⁶ emitidas a raíz del Examen de los informes presentados por los Estados partes en virtud del artículo 35 de la Convención, se destacan dos relativas a esta materia (35 y 36):

“35. El Comité toma nota del régimen jurídico que permite el internamiento de las personas con discapacidad, incluidas las personas con discapacidad intelectual y psicosocial ("enfermedad mental"), en establecimientos especiales. 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.

36. El Comité recomienda al Estado parte que revise sus disposiciones legislativas que autorizan la privación de libertad por motivos de discapacidad, incluidas las discapacidades mentales, psicológicas o intelectuales; que derogue las disposiciones que autorizan el internamiento forzoso a causa de una incapacidad manifiesta o diagnosticada, y que adopte medidas para que los servicios médicos, incluyendo todos los servicios relacionados con la salud mental, se basen en el consentimiento otorgado con conocimiento de causa por el interesado”.

Finalmente, no se ha tenido en cuenta el impacto de género en esta materia. Por lo tanto, sería recomendable el desarrollo a nivel estatal de una norma que disponga medidas de acción positiva, provea recursos y establezca garantías para el ejercicio de los derechos por parte de las mujeres con discapacidad, disponiendo un capítulo específico para aquellas que tengan trastornos mentales por su especial vulnerabilidad.

⁴⁶ NACIONES UNIDAS, Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Examen de los informes presentados por los Estados partes en virtud del artículo 35 de la Convención, CRPD/C/ESP/CO/1, 19 de octubre de 2011.

3º.- FUNDAMENTOS JURÍDICOS

Los principales fundamentos jurídicos en los que se apoyaría una eventual revisión en esta materia, sin que esta enumeración constituya un numerus clausus, serían los siguientes:

- Artículos 3, 4, 5, 6, 7, 8, 12 a 21 de la Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad;
- Arts. 10.2, 14, 15, 17, 19 y 49 de la Constitución española.

Asimismo, se ha de tener en cuenta la normativa nacional que protege los derechos de las personas con discapacidad, entre las que merecen especial mención, a la luz de la medida analizada, las siguientes normas:

- 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;
- Ley Orgánica 2/1986, de 13 marzo, de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad y normativa concordante.

4º.- PRINCIPALES VULNERACIONES DETECTADAS

Entre las vulneraciones detectadas se encuentran:

- Se contravienen los derechos a la libertad, a la seguridad y a la integridad física y mental: la medida de internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico suele llevar aparejada la aplicación de tratamientos forzados, incluida la denominada terapia electroconvulsiva, o de medicación administrada sin consentimiento libre e informado o en contra de la voluntad y que pueden tener efectos secundarios como temblores, estremecimientos, contracciones, apatía, etc.

Es harto frecuente que las personas sean ingresadas sin que, tras practicarse el ingreso, se les informe adecuadamente sobre las causas del mismo. Únicamente se proporciona la información a través de un parte médico de ingreso que, en muchas ocasiones, acaba en manos de familiares y no se pone en conocimiento de la persona.

- Los traslados al centro sanitario se producen con mucha frecuencia con el auxilio de las fuerzas y cuerpos de seguridad, promoviendo el estigma y revelando una carencia de preparación y recursos para afrontar este tipo de situaciones. En estos contextos muchas veces la vida y la salud de la persona se han visto comprometidas, llegando incluso a la pérdida de la primera como consecuencia más grave.
- Muchas veces no se respetan los plazos legalmente establecidos.
Por una parte, cuando se procede a efectuar un ingreso involuntario urgente, legalmente, se ha de comunicar la decisión por el Centro sanitario lo antes posible al Juzgado, y en todo caso antes de las 24h. Este plazo de 24 horas no debe agotarse, porque se trata de un plazo de máximos; de modo que la comunicación, como indica la ley, se ha de efectuar cuanto antes.
Por otra, se señala un plazo de 72 horas para que el juzgado ratifique dicho ingreso.
Sin embargo, estos plazos, que son obligatorios, no siempre se cumplen en los términos expuestos y, además de vulnerar la CDPD, suponen una vulneración del art. 17.1 de la Constitución de 1978.
Existen, en este sentido, varias sentencias que establecen la necesidad de cumplimiento de los plazos, entre ellas cabe citar la sentencia 141/2012 del Tribunal Constitucional, de 2 de julio, donde se establece que no se puede justificar una demora de los plazos en la “sobrecarga del juzgado”.
- Se cometen delitos contra el patrimonio de la persona ingresada, durante el internamiento urgente (234 y siguientes del Código Penal): Desde la utilización de la cartilla del banco hasta la apropiación de objetos personales del mismo.
- Retención (“custodia”) de la documentación por periodos prolongados.

- Falta diligencia en la adecuada atención y custodia de la persona ingresada, favoreciendo situaciones de crisis o fugas de los centros que en ocasiones han tenido un fatal desenlace (fallecimiento de la persona), han implicado la detención de la persona en calabozos policiales o han terminado con una denuncia por lesiones, atentado a la autoridad u otros (proveniente del propio personal del centro sanitario, fuerzas y cuerpos de seguridad, etc.). Todo ello tiene graves efectos sobre la vida y la salud de las personas.
- Vulneración del derecho de libre elección del lugar donde vivir, sobre todo en situaciones de institucionalización prolongada o indefinida.

5º.- PROPUESTAS PARA UNA FUTURA REGULACIÓN DEL INGRESO INVOLUNTARIO⁴⁷

Por todo lo anterior, se efectúan las siguientes recomendaciones:

1] Adecuación a la CDPD.

- Tenemos que estar muy pendientes de lo que se haga en relación a los ingresos involuntarios a raíz de la sentencia del TC declarando la inconstitucionalidad de su regulación en el art.763 LEC y quizás proponer alguna regulación o aportaciones a la misma. Hace falta revisar en profundidad nuestro sistema a fin de proveer los mecanismos que permitan implementar las exigencias de la Convención (en el documento presentado al respecto a la JD en 2012 ya apuntamos algo a este respecto)

⁴⁷ Entre la bibliografía consultada para este epígrafe se cuenta la siguiente:

-ARAREKO, Resolución General 3/ 2013, de 15 de febrero, sobre necesidad de adoptar medidas que garanticen el conocimiento efectivo de los derechos que asisten a la persona con problemas de salud mental cuando se encuentra en situación de ingreso involuntario.

-AEN, Grupo de Ética y Legislación, Propuesta de Regulación de los ingresos involuntarios, a propósito de la declaración de inconstitucionalidad del artículo del art.763.1 de la LEC , en virtud de sentencia 132/2010.

-BARRIOS FLORES, L.F., "El ingreso psiquiátrico involuntario de carácter urgente: una revisión, tras la sentencia 141/2012, de 2 de julio", Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2012, 32(116): 829-847. doi:10.4321/S0211-57352012000400011.

-GANZENMÜLLER ROIG, C. et alt., Manual de Buenas Practicas de los Servicios Especializados del Ministerio Fiscal en la protección de personas con discapacidad y apoyos, en la aplicación de la Convención personas con discapacidad, según las conclusiones de las Jornadas de Fiscales especialistas en la protección de personas con discapacidad, Alcalá de Henares, 20 y 21 de Septiembre de 2010.

-GANZENMÜLLER ROIG, C., "De la efectiva aplicación de la Convención Internacional de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, y sus efectos en Derecho Interno", 2009.

- Se ha de comenzar por el cambio de la peyorativa denominación de “internamiento” sustituyéndola por la de “ingreso”, configurándose el procedimiento para la autorización o aprobación judicial del ingreso no voluntario por razón de trastorno psíquico, no como “sanción” o “recurso principal”, sino como instrumento que pretende resolver fundamentalmente un conflicto de intereses entre la libertad personal y el derecho a la integridad física y moral de las personas. De este modo, se evitará el carácter despectivo y estigmatizante del término, al destacar el carácter médico de la medida.
- La aplicación, control y duración de los internamientos no voluntarios (ingresos) deberá efectuarse con sometimiento estricto a la CDPD y en clave de derechos humanos incidiendo en que discapacidad e ingreso no voluntario son situaciones jurídicas distintas, independientes y autónomas, debiendo desterrarse la idea de identificación entre ambas.

2] Acceso a la justicia.

- Para garantizar el acceso a la justicia en igualdad de condiciones con las demás personas será preciso crear protocolos y figuras de apoyo al efecto.
- En cuanto a la problemática de la asistencia jurídica ab initio en el proceso de internamiento/ingreso involuntario, debe asumirse para el efectivo cumplimiento del artículo 13 de la Convención la obligatoria asistencia jurídica a las personas con discapacidad contra las que se dirija el procedimiento. Así, es importante garantizar la protección de sus derechos mediante el refuerzo de la intervención del Ministerio Fiscal y la creación de un turno de oficio específico para personas con discapacidad en los colegios de abogados. Lamentablemente, dadas las circunstancias en las que se suele encontrar la persona ingresada, la mayoría de los expedientes se tramitan sin nombrar representación ni defensa (las cuales tienen carácter potestativo según la actual regulación). Por ello, sería conveniente que se estableciera la obligatoriedad de asistencia letrada y estos supuestos fueran amparados por la justicia gratuita, de modo que no tengan que abonar los gastos correspondientes por su defensa y representación mediante abogado/a y procurador/a, salvo que expresamente designe letrado/a de su elección.

- Se han de establecer, en definitiva, salvaguardas adecuadas y efectivas para garantizar los derechos.

3] Respeto de los plazos.

Tal y como se ha expresado, existe un problema en materia de respetos de los plazos legalmente establecidos para comunicar el ingreso al juzgado y responder por parte de este. En este sentido, ante eventuales revisiones de esta medida, es fundamental que se tenga especial cuidado en este aspecto.

4] Control judicial efectivo.

El control de los ingresos, debería ser periódico, personalizado y nunca dejarse en manos exclusivas a la mera recepción de informes de la residencia o centro en la que se han practicado, pues ello contraviene frontalmente la convención y el derecho que se limita. Además, su duración debe ceñirse al tiempo estrictamente necesario.

Por lo tanto, para el control de los ingresos y su seguimiento se debería, en la medida de lo posible, actuar del siguiente modo:

- Dar audiencia a las personas a las que afecta la medida, examinar los informes facultativos de los médicos encargados y recabar un segundo informe de un facultativo independiente designado por el juez o del propio médico forense.
- Tener en consideración la Ley de Salud Mental de Argentina, sobre todo en lo que respecta al nombramiento de un defensor técnico de la persona que es ingresada de forma forzosa en un centro de salud mental. Así mismo, es interesante tener en cuenta también la figura del Agente Facilitador, conforme a las Reglas de Brasilia.⁴⁸
- Establecer medidas que garanticen un conocimiento real y efectivo de los derechos que asisten a la persona por parte del Centro donde se encuentre ingresada. Esto podría efectuarse mediante formulario escrito en lenguaje comprensible, firma

⁴⁸ CUMBRE JUDICIAL IBEROAMERICANA, Reglas de Acceso a la Justicia de las Personas en Condición de Vulnerabilidad (Reglas de Brasilia), aprobadas en el mes de marzo de 2008.

preceptiva de personal sanitario, etc. De este modo, la persona dispondría de un documento escrito de información al paciente en el que se haría constar de manera clara y sencilla la causa y razones del ingreso involuntario, fecha y hora de la comunicación al juzgado, que el centro se encuentra obligado a dar cuenta al juzgado dentro del plazo de 24 horas, que es necesaria la ratificación judicial en el plazo máximo de 72 horas y el resto de derechos que le asisten.

- Efectuar un control especialmente exhaustivo en relación a las medidas restrictivas de derechos como aislamientos, contenciones mecánicas, etc.

5] Regulación adecuada de los traslados.

- Se ha de estudiar cómo efectuar los traslados en la forma que resulte menos lesiva y menos estigmatizante para la persona y se establezcan mecanismos de prevención que eviten consecuencias indeseables como imputaciones por delito de atentado contra agente de autoridad, por lesiones, etc.
- Las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad intervendrán en última instancia y en el ejercicio de su función de auxilio a los ciudadanos, tras la evaluación inicial efectuada por una unidad sanitaria específicamente formada y equipada para este tipo de intervenciones terapéuticas.

6] Abogar por la adopción de medidas para luchar contra la impunidad, atendiendo a las vulneraciones descritas:

- Establecimiento de medidas de prevención de la tortura y los malos tratos contra las personas con trastornos mentales en el contexto de los traslados en ingresos involuntarios, a través de las normas correspondientes y la coordinación de acciones de conformidad con la CDPD.
- Establecimiento de protocolos que eviten vulneraciones como las descritas.

Todo lo anterior enlazaría con lo expuesto en materia de acceso a la justicia.

7] Se ha de tener en cuenta la doble vertiente de esta materia: la social y la sanitaria. En ella confluyen dos circunstancias de la persona: edad (personas mayores) y trastorno mental.

6º.- CONSIDERACIONES FINALES

A la luz de la CDPD, se ha de revisar el marco normativo en esta materia, proveyendo los medios más adecuados para atender la salud, habilitación y rehabilitación de la persona desde un enfoque de derechos humanos.

En este sentido, FEAFES ha presentado dos importantes documentos en los que se proponen medidas terapéuticas para evitar tener que acudir a intervenciones que fueren la voluntad de la persona:⁴⁹

1. “Medidas terapéuticas para evitar tener que recurrir a medidas coactivas” (2013);
2. “Propuesta de Intervención Terapéutica. Alternativa al Tratamiento Ambulatorio Involuntario (TAI)” (2009).

De hecho, ya en 2003 el Proyecto EUNOMIA reclamaba un análisis sobre la realidad de la aplicación de medidas coercitivas en el ámbito psiquiátrico con el fin de elaborar una Guía Europea, a partir de la consideración de las siguientes: internamiento involuntario, aislamiento terapéutico, inmovilización terapéutica y tratamiento médico forzoso.⁵⁰

El problema, como bien apuntó el Secretario General de las Naciones Unidas en un informe de 2002, es la falta de directrices específicas para aplicar las normas sobre derechos humanos y de un análisis más detallado sobre la implementación de las obligaciones estatales en esta materia en las instituciones psiquiátricas, a fin de evitar los abusos.⁵¹

⁴⁹ FEAFES, Medidas terapéuticas para evitar tener que recurrir a medidas coactivas, mayo-2013, disponible en: <https://feafes.org/publicaciones/Medidasterapeuticas-mayo2013.pdf> Asimismo, FEAFES, Propuesta de Intervención Terapéutica. Alternativa al Tratamiento Ambulatorio Involuntario (TAI), 2009, disponible en: <https://feafes.org/publicaciones/PROPUESTAINTERVTERAPEUTICAFEAFESOCT09.pdf>

⁵⁰ SASTRE RUS, M., CAMPAÑA CASTILLO, F., “Contención Mecánica: Definición Conceptual”, Revista de Enfermería. v. 8, n. 1, may. 2014. Asimismo, BARRIOS FLORES, L.F., “Medios coercitivos en psiquiatría: contención y aislamiento”, en Tratado de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Tomo V, (Cap. 274), Psiquiatría Legal y Forense (DELGADO, Santiago y MAZA MARTÍN, José Manuel, Coords.), ed. Bosch, Barcelona, 2013, pp. 537-565.

⁵¹ NACIONES UNIDAS, Informe del Secretario General de las Naciones Unidas sobre los progresos realizados para velar por el pleno reconocimiento y el disfrute de los derechos humanos de las personas con discapacidad, A/58/181, bajo el mandato que figura en la resolución 2002/61 de la Comisión de Derechos Humanos, de 25 de abril de 2002.

4. FUENTES DOCUMENTALES

ABC.es, “FEDEAFES denuncia la "doble" discriminación que sufren las enfermas psíquicas”, publicado el 9 de marzo de 2015 en: <http://agencias.abc.es/agencias/noticia.asp?noticia=1811306>

AEN, Grupo de Ética y Legislación, Propuesta de Regulación de los ingresos involuntarios, a propósito de la declaración de inconstitucionalidad del artículo del art.763.1 de la LEC, en virtud de sentencia 132/2010.

ARARTEKO, Resolución General 3/ 2013, de 15 de febrero, sobre necesidad de adoptar medidas que garanticen el conocimiento efectivo de los derechos que asisten a la persona con problemas de salud mental cuando se encuentra en situación de ingreso involuntario.

BARRIOS FLORES, L.F., El ingreso psiquiátrico involuntario de carácter urgente: una revisión, tras la sentencia 141/2012, de 2 de julio, Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2012, 32(116): 829-847. doi:10.4321/S0211-57352012000400011.

BARRIOS FLORES, L.F., “Medios coercitivos en psiquiatría: contención y aislamiento”, en Tratado de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Tomo V, (Cap. 274), Psiquiatría Legal y Forense (DELGADO, Santiago y MAZA MARTÍN, José Manuel, Coords.), ed. Bosch, Barcelona, 2013, pp. 537-565.

CADENA SER CANARIAS, "Nos ponen en las zonas más téticas de los hospitales", Eva Marrero, Las Palmas de Gran Canaria, 21/01/2015, disponible:
http://cadenaser.com/emisora/2015/01/21/ser_las_palmas/1421843877_241421.html

CENDOJ, Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Galicia Sala de lo Civil y Penal, de 31 de Marzo de 2014, disponible en:
<http://www.poderjudicial.es/search/doAction?action=contentpdf&database=AN&reference=7160815&links=&optimize=20140915&publicinterface=true>

COMISIÓN EUROPEA, Libro Verde “Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental”, 14 de octubre de 2005, disponible en:
http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_es.pdf

Asimismo, se puede obtener información relacionada en: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=URISERV:c11570c>

COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, Observaciones finales a España de septiembre de 2011.

COMITÉ DE LOS DERECHOS DEL NIÑO, Observaciones finales a España de noviembre de 2010.

COMUNIDADES EUROPEAS, Manual para la perspectiva de género en las políticas de empleo, de inclusión social y de protección social, Dirección General de Empleo, Asuntos Sociales e Igualdad de Oportunidades, Unidad G1, Ed. Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo, 2008, pp.3-11.

CONFEDERACIÓN SALUD MENTAL ESPAÑA, *Informe desagregado por género de las demandas de asesoría jurídica durante el año 2015.*

CONFEDERACIÓN SALUD MENTAL ESPAÑA, Tag: FEDEAFES, disponible en: <https://consaludmental.org/tag/fedeafes/>

CORTES GENERALES, Constitución española, texto publicado en BOE núm. 311 de 29 de Diciembre de 1978.

CUMBRE JUDICIAL IBEROAMERICANA, Reglas de Acceso a la Justicia de las Personas en Condición de Vulnerabilidad, aprobadas en el mes de marzo de 2008.

DIARIO MÉDICO:

<http://www.diariomedico.com/2014/03/17/area-profesional/profesion/psiquiatria-infantil-reclama-estrategia-autonomica-comun>

EL MUNDO, “La familia del batería de 'Los Piratas' ejercerá la acción penal contra el agente que le disparó”: <http://www.elmundo.es/espana/2015/09/18/55fc29b5e2704e224b8b45c1.html>

EL MUNDO, Carta del preso que se suicidó en Mahón: 'Esta cárcel es un infierno', 16.09.2015, disponible en: <http://www.elmundo.es/baleares/2015/09/16/55f913a9e2704e800f8b4573.html>

EL MUNDO, “Un desahucio por la espalda”, 15.10.2015, disponible en:

<http://www.elmundo.es/madrid/2015/10/13/561d654bca474182068b45fc.html>

Asimismo, se puede obtener más información en:

http://www.cuatro.com/las-mananas-de-cuatro/2015/octubre/12-10-2015/Rosa-discapacitada-psiquica-desahuciada-exmarido_2_2066430056.html

<http://www.gentedigital.es/madrid/noticia/1776049/el-juez-da-un-mes-de-tregua-a-rosa-%07y->

alvaro-tras-aplazar-el-desahucio/

<http://www.periodicohortaleza.org/el-desahucio-de-rosa-tiene-fecha-viernes-30-de-octubre/>

<https://grupoapoyorosa.wordpress.com/2015/07/02/rosa-se-queda/>

<http://www.gentedigital.es/madrid/noticia/1771082/la-desesperante-cuenta-atras-de-rosa/>

http://www.eldistrito.es/frontend/eldistrito/noticia.php?id_noticia=32267&id_seccion=52

<https://www.youtube.com/watch?v=ObEJHKVsaTg&feature=youtu.be>

http://www.telecinco.es/informativos/Informativos-carta_5_1423875003.html (Min. 19:40)

http://cadenaser.com/emisora/2015/10/11/radio_madrid/1444572803_004136.html

http://enlaceinformativo.podomatic.com/entry/2015-10-22T12_11_18-07_00

EL PAÍS, “Un guardia mata al batería de Los Piratas cuando agredía a su mujer”, 27.08.2015, disponible en: http://politica.elpais.com/politica/2015/08/26/actualidad/1440607320_144504.html

EL PAÍS, “La Guardia Civil y la familia del batería de Los Piratas dan versiones opuestas”: http://politica.elpais.com/politica/2015/08/27/actualidad/1440667112_228324.html

EL PAÍS, “Sanitarios y testigos sabían que el batería de Los Piratas era bipolar”: http://politica.elpais.com/politica/2015/09/02/actualidad/1441187929_430807.html

EL PROGRESO, “Iván Ferreiro tacha de "error" la muerte del batería de Los Piratas”: <http://elprogreso.galiciae.com/noticia/443375/ivan-ferreiro-tacha-de-error-la-muerte-del-bateria-de-los-piratas>

EUROPAPRESS, “Un preso esquizofrénico que lleva 23 meses sin recibir tratamiento en Morón pide su traslado”, 12.07.2015, disponible en: <http://www.europapress.es/andalucia/sevilla-00357/noticia-tribunales-presos-esquizofrenico-lleva-23-meses-recibir-tratamiento-moron-pide-traslado-20150712111252.html>

FEAFES, “Medidas terapéuticas para evitar tener que recurrir a medidas coactivas”, mayo-2013, disponible en: <https://feafes.org/publicaciones/Medidasterapeuticas-mayo2013.pdf>

FEAFES, “Propuesta de Intervención Terapéutica. Alternativa al Tratamiento Ambulatorio Involuntario (TAI)”, 2009, disponible en:

<https://feafes.org/publicaciones/PROPUESTAINTERVTERAPEUTICAFEAFES09.pdf>

FEDEFES, Diagnóstico sobre la situación frente a la igualdad de hombres y mujeres en FEDEFES. Este estudio, publicado en 2014, está disponible en: <https://consaludmental.org/centro-documentacion/diagnostico-igualdad-mujeres-fedefes-22806/>

JEFATURA DEL ESTADO, Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, texto publicado en BOE núm. 7 de 08 de Enero de 2000.

LA INFORMACIÓN.COM, “Hasta 1% de la población infantil padece un trastorno obsesivo compulsivo”, 14/07/15, disponible en: http://noticias.lainformacion.com/salud/enfermedad-mental/hasta-1-de-la-poblacion-infantil-padece-un-trastorno-obsesivo-compulsivo_ycmcaXSiqO0WsnLZDv6z1/

GANZENMÜLLER ROIG, C. et alt., Manual de Buenas Practicas de los Servicios Especializados del Ministerio Fiscal en la protección de personas con discapacidad y apoyos, en la aplicación de la Convención personas con discapacidad, según las conclusiones de las Jornadas de Fiscales especialistas en la protección de personas con discapacidad, Alcalá de Henares, 20 y 21 de Septiembre de 2010.

GANZENMÜLLER ROIG, C., De la efectiva aplicación de la Convención Internacional de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, y sus efectos en Derecho Interno, 2009.

LAINFORMACIÓN.COM, “Feafes pide a los medios que "no aventuren diagnósticos" en casos como el del instituto de Barcelona”, 21 de abril del 2015, disponible en: http://noticias.lainformacion.com/salud/enfermedad-mental/feafes-pide-a-los-medios-que-no-aventuren-diagnosticos-en-casos-como-el-del-instituto-de-barcelona_RTADFphcw8t6QXi63wyxS/

LA VANGUARDIA, “La enfermedad mental no explica la violencia”, Clara Hernández, 27/04/2015, en: <http://www.lavanguardia.com/vida/20150425/54430200381/la-enfermedad-mental-no-explica-la-violencia.html>

LA VOIX DU NORD.Fr: <http://www.lavoixdunord.fr/region/incendie-a-la-prison-de-sequedin-un-detenu-meurt-un-ia21b49774n2828648>

LA VOZ DE GALICIA, “Norman Sartorius: Cualquier médico debería poder reconocer una enfermedad mental”, Sara Carreira, 22 de junio de 2015, disponible en: http://www.lavozdeg Galicia.es/noticia/sociedad/2015/06/22/medico-deberia-poder-reconocer-enfermedad-mental/0003_201506G22P26991.htm

LA VOZ DE GALICIA, “Un sanitario presente en el disparo al batería de Los Piratas confirma la versión de la Guardia Civil” (Ver vídeo):

<http://www.lavozdegalicia.es/noticia/vigo/pontearreas/2015/08/27/sanitario-presente-disparo-bateria-piratas-confirma-version-guardia-civil/00031440704974841684747.htm>

LIBERTALAND INFOS: <http://www.libertaland.com/2015/05/prison-de-sequedin-un-detenu-meurt-dans-lincendie-de-sa-cellule/>

OMS, Plan de Acción sobre salud mental 2013-2020, Ginebra, 2013, pp.7-8.

ONU, “Observaciones finales del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad”, efectuadas a raíz del informe inicial de España (CRPD/C/ESP/1) 19 de octubre de 2011.

ONU, “Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos”, efectuadas a raíz del sexto informe periódico presentado por España (CCPR/C/ESP/6) 20 de julio de 2015.

ONU, Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada el 13 de diciembre de 2006 en la Sede de las Naciones Unidas en Nueva York.

ONU, Asamblea General, Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948.

ONU, Observaciones finales del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Examen de los informes presentados por los Estados partes en virtud del artículo 35 de la Convención, CRPD/C/ESP/CO/119 a 23 de septiembre de 2011.

ONU, Informe del Secretario General de las Naciones Unidas sobre los progresos realizados para velar por el pleno reconocimiento y el disfrute de los derechos humanos de las personas con discapacidad, A/58/181, bajo el mandato que figura en la resolución 2002/61 de la Comisión de Derechos Humanos, de 25 de abril de 2002.

ONU, Interim report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, General Assembly of the United Nations, A/63/175, 28 July 2008.

ONU, Informe del Relator Especial sobre la cuestión de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Asamblea General de las Naciones Unidas, A/HRC/22/53, 1 de febrero de 2013.

RADIO SINTONÍA FUERTEVENTURA, Entrevista Salud Mental 12.11.15, Podcast disponible en: [http://www.ivoox.com/entrevista-salud-mental-12-11-15-audios mp3_rf_9374068_1.html](http://www.ivoox.com/entrevista-salud-mental-12-11-15-audios_mp3_rf_9374068_1.html) Asimimo: http://cadenaser.com/emisora/2015/01/21/ser_las_palmas/1421843877_241421.html

RED2RED CONSULTORES, Salud mental e inclusión social: situación actual y recomendaciones contra el estigma, ed. Confederación SALUD MENTAL España, Madrid, 2015, disponible en: <https://consaludmental.org/centro-documentacion/salud-mental-inclusion-social-estigma-24829/>

SANITARIA 2000, “1 millón de niños españoles con trastorno mental”, Redacción Médica, publicación online, 23/06/2015, disponible en:

http://www.redaccionmedica.com/?categoria=pacientes¬_seo=1-millon-de-ninos-espanoles-con-trastorno-mental

SASTRE RUS, M., CAMPAÑA CASTILLO, F., “Contención Mecánica: Definición Conceptual”, Revista de Enfermería. v. 8, n. 1, may. 2014.

TELDE ACTUALIDAD, “Familiares de enfermos mentales denuncian que Sanidad les niega atención si pierden la cita”, Marisol Ayala, 21/01/2015, disponible en: <http://www.teldeactualidad.com/hemeroteca/noticia/sociedad/2015/1/21/9301.html>

TRIBUNAL CONSTITUCIONAL, STC 132/2010, de 2 diciembre (Sala Pleno)

TRIBUNAL CONSTITUCIONAL, STC 141/2012, de 2 de julio.



www.consaludmental.org