



ASOCIACIÓN CANARIA DE NEUROPSIQUIATRÍA



Canarias, Febrero 2019



COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS Y LAS PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES. DIPUTADO DEL COMÚN, CANARIAS.

La A.C.N. con la finalidad de focalizar y operativizar los trabajos de la Comisión de Derechos Humanos en las personas con trastornos mentales, auspiciada por el Diputado del Común y en base la propuesta de nuestra Asociación, proponemos en esta segunda reunión el siguiente documento técnico orientativo para el desarrollo eficaz de los trabajos a desarrollar, cuya naturaleza radica en un material de **Escuelas de Salud Pública, Organizaciones Científicas y Cívicas y Asociaciones Científicas.**

Principios rectores del proceso del Informe y seguimiento.

1. Dado que la operativización efectiva de los derechos humanos en las personas con problemas de salud mental es una cuestión transversal, que afecta a todos los ámbitos de su vida, interesa a todos los sectores y al gran número de interlocutores distintos, por la que el cumplimiento y ejecución de las medidas a considerar, requerirá de un firme compromiso de la administración pública, así como recursos y actividades, a nivel Insular y Regional, además de la creación o consolidación de una comisión de seguimiento. La adhesión de nuestro país a la Convención de la ONU (CDPD, 2007) deja de ser una declaración a un compromiso en las políticas de todas las áreas gubernamentales.
2. El éxito de unas medidas pasa por la aplicación de un planteamiento multisectorial eficaz, con mecanismos prácticos de coordinación y ejecución entre los departamentos responsables de la prestación de servicios de salud, rehabilitación y otros ámbitos de la administración pública. Los ámbitos de Gobierno interesados son básicamente los de salud, servicios relativos a la discapacidad, protección social, justicia, servicios comunitarios y de bienestar, economía, infraestructuras, transportes, comunicaciones, empleo y educación.
3. Para seguir de cerca y cuantificar los avances hacia el logro de la finalidad general del cumplimiento de derechos humanos en materia de salud mental cabe emplear los «*indicadores de éxito*» definidos para cada objetivo. Una vez aprobado las medidas se determinarán los niveles de partida y las metas de referencia.
4. El seguimiento del cumplimiento y ejecución de las medidas propuestas por esta Comisión exige existencia de un organismo de revisión independiente con participación de las personas con problemas de salud mental, las organizaciones científicas y sindicales, esta es la única garantía para cumplir con los compromisos asumidos por la Administración Pública en materia de protección de los derechos de los derechos humanos en salud mental.
5. Proponemos trabajar con objetivos generales y específicos, con sus indicadores de Indicadores de óptimo, Medios de verificación y Evidencias de éxito.

Medidas para garantizar los derechos de las personas con trastorno mental.

En este apartado hemos incluido listados de posibles medidas en base a otras experiencias, unas procedente del Documento Derechos humanos y Salud Mental de Andalucía y otras de la Comisión Ciudadana de Derechos Humanos y Salud Mental.

En el primer bloque, se proponen medidas tanto globales, es decir, medidas que afectasen a más de un derecho o conjunto de todos los derechos de la Convención, como específicas, es decir, medidas dirigidas a garantizar un derecho concreto. Y el segundo bloque, podrían incorporarse a las anteriores.

1. Medidas Globales.

Las 24 medidas globales que se definieron con precisión de la siguiente forma:

- I. Creación de una Comisión de derechos humanos y discapacidad.
- II. Creación de una Comisión de derechos humanos y salud mental.
- III. El futuro Plan de Salud Mental de Canarias deberá contemplar la creación de una estructura específica para garantizar el derecho, con su composición y competencias o funciones.
- IV. Diseño de un herramienta para la autoevaluación de los recursos socio- sanitarios.
- V. El futuro Plan De Salud Mental Canarias deberá contemplar el enfoque de Derechos Humanos, además de incluir una línea específica destinada a lograr una mayor sensibilización sobre este enfoque.
- VI. Realizar procesos de seguimiento o evaluación externa sobre aspectos concretos.
- VII. Hacer visibles en los Comités de Ética Asistencial los conflictos éticos relacionados con Salud Mental.
- VIII. Diseño de Carta de derechos y deberes de las personas con enfermedad mental.
- IX. Guías para proteger DDHH para usuarios (con garantías de comprensibilidad para personas usuarias.)
- X. Guías para proteger DDHH destinadas a profesionales.
- XI. Inclusión de contenidos de DDHH basados en la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) en actividades formativas.
- XII. Creación de una sección específica sobre DDHH en la WEB.
- XIII. Hacer visible en todos los dispositivos y recursos sanitarios y de apoyo social los cauce establecidos de quejas y reclamaciones. Protección de los Derechos Humanos de las personas con trastorno mental en el marco de la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad.
- XIV. Reunión con la Oficina del Defensor del Pueblo para valorar conjuntamente medidas específicas sobre DDHH.
- XV. Plantear objetivos a los servicios de salud mental del Servicio Canario de Salud sobre garantía de derechos.
- XVI. Creación de un teléfono para asistencia a pacientes en relación a sus derechos.
- XVII. Revisar e incluir en los Protocolos de acogida a pacientes y familiares información de los deberes y derechos de los usuarios.
- XVIII. Protocolo de acogida para los nuevos/as profesionales con información de los deberes y derechos de los usuarios.
- XIX. Inclusión en las comisiones de mejora de las Comisiones de Coordinación a usuarios y familiares.
- XX. Diseñar una encuesta de satisfacción con perspectiva de derechos humanos.

- XXI. Revisar e incluir en el Proceso Asistencial Integrado Trastorno Mental Grave responsabilidades del/la profesional de referencia del paciente relacionadas con garantizar sus derechos.
- XXII. Incorporar contenidos sobre derechos humanos basados en la CDPD en la formación común que reciben los Especialistas Internos Residentes.
- XXIII. Incorporar contenidos sobre derechos humanos basados en la CDPD y enfoque de recuperación en la formación específica de Especialistas Internos Residentes emPsiquiatría, Psicología Clínica y Enfermería de Salud Mental.
- XXIV. Eventos centinela: creación de indicadores centinela de la situación de los DDHH.

Para la priorización de estas **24 medidas** se propuso una metodologíaáa grupal, en función de la importancia y factibilidad.

La Importancia (¿Cómo de importante es esta idea clave?) fue valorada de 0 a 5, mientras que la Factibilidad (¿Cómo de posible es llevar esta idea a cabo?) fue valorada de 0 a 10.

El hecho de que la escala de la importancia y factibilidad sea diferente, es sólo para hacer que la persona que está votando la "idea clave", tome conciencia de que se están eligiendo dos aspectos diferentes. Durante el análisis, las puntuaciones se igualan a escala de 100.

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

- ⇒ **Medidas importantes y además factibles.**
- ⇒ **Medidas importantes pero poco factibles.**
- ⇒ **Medidas factibles pero poco importantes.**
- ⇒ **Medidas no importantes ni factibles.**

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

3. El futuro Plan Integral de Salud Mental deberá contemplar la creación de una estructura específica para Garantizar Derechos.

8. Diseño de Carta de derechos y deberes de las personas con enfermedad mental.

10 Guías para proteger DDHH destinada a profesionales.

13. Hacer visible en todos los dispositivos y recursos sanitarios y de apoyo social los cauces establecidos de quejas y reclamaciones.

19. Inclusión en las comisiones de mejora de las Comisión Coordinación Insulares a usuarios y familiares.

23. Incorporar contenidos sobre derechos humanos basados en la CDPD y enfoque de recuperación en la formación específica de Especialistas Internos Residentes en Psiquiatríaa, Psicología Clínica y Enfermería de Salud Mental.

24. Eventos centinela: creación de indicadores centinela de la situación de los DDHH.

⇒ **Las medidas valoradas como importantes pero poco factibles son:**

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

⇒ **Las medidas valoradas como menos importantes pero factibles son:**

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

⇒ **Las medidas valoradas como menos importantes y menos factibles son:**

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

Por último reseñar que el grupo mostró amplio consenso en la necesidad de diseñar y llevar a cabo un proyecto de investigación que profundice en la vulneración Vs. garantía de derechos en la red de

servicios públicos de salud mental de Andalucía, al objeto de conocer de forma rigurosa la frecuencia e importancia de las posibles vulneraciones que puedan acontecer.

2. Medidas específicas:

Además de las medidas globales, los miembros del grupo aportaron una serie de medidas específicas para cada uno de los artículos contenidos en la CDPD.

Se presentan a continuación las más destacadas:

Artículo 12. Igual reconocimiento como persona ante la Ley.

> Medidas de Formación y sensibilización:

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

> Medidas organizativas o de gestión:

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

> Medidas sobre Espacios y mobiliario:

- Buscar sistemas de ventilación en las Unidades de Hospitalización, que al mismo tiempo garanticen la seguridad del paciente.
- Protocolos sobre arreglo de desperfectos y aspecto digno de instalaciones.
- Desde la Unidad de Gestión Clínica de salud mental hacer visible a la Gerencia del hospital la importancia de infraestructuras adecuadas: necesidades especiales de esta población, trabajo terapéutico en espacios con privacidad. Promover visitas periódicas de los Gerentes a los Dispositivos de Salud Mental.

> Medidas sobre Ingreso involuntario:

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

> Rechazo al tratamiento:

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

Artículo 13. Acceso a la Justicia.

> Medidas de Formación:

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

> Medidas de defensa jurídica:

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

> Medidas organizativas o de gestión:

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

Artículo 14. Libertad y seguridad de la persona

> Medidas de Formación.

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

> Medidas relacionadas con el uso y efectos de la medicación:

- Grupo de trabajo de Buenas prácticas en las UHSM con participación de usuarios: uso y efectos de la medicación, privación de libertad por aislamiento.
- Revisión de los planes de tratamiento de las personas polimedicadas.
- Promover el uso de Guías de práctica Clínica en relación con la medicación.
- En acogida a la Unidad de Hospitalización, informar a pacientes y familiares sobre sus derechos legales en relación con las decisiones respecto a su tratamiento.
- Protocolo escrito para garantizar el derecho de rechazar tratamiento a través de consentimiento informado, escrito y firmado.

- Añadir al Decreto de Segunda Opinión Médica, situaciones diagnósticas de Trastorno Mental Grave.
- Asegurar la participación activa en el Plan Individualizado de Tratamiento.
- Asegurar la asignación de profesionales referentes a cada paciente, tanto personal facultativo como de cuidados, que se hagan cargo de la valoración, seguimiento y continuidad de cuidados del paciente.

➤ **Medidas organizativas o de gestión en relación con la Contención Mecánica**

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

➤ **Medidas organizativas o de gestión sobre Ingresos Involuntarios:**

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

➤ **Medidas organizativas o de gestión alternativas a la medicación:**

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

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

> Medidas de Formación:

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

> Medidas organizativas o de gestión:

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

> Medidas organizativas o de gestión sobre Trato:

- Disponibilidad de Hojas de reclamación y/o denuncia sobre trato incorrecto: visibles (cartelería) y comprensibles de mejora para realizar recomendaciones sobre vestimenta, intimidad y comunicación exterior: vestimenta inapropiada, obligación de desvestirse, privacidad e intimidad, retención de objetos personales, aislamiento telefónico, rigidez de horarios.
- Establecer normas para proteger los derechos de usuarios que residen en recursos residenciales, relacionados con la vestimenta, objetos personales y comunicación exterior.

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

> Medidas de Formación sobre violencia y abusos:

- Realización de Jornadas de trabajo Justicia- Salud Mental.
- Sensibilización de profesionales sobre violencia y abuso.

- Incluir aspectos éticos en cursos sobre investigación. En cursos de investigación añadir información en este aspecto impartida por usuarios.
- Trabajar sobre estigma dentro de la organización: designar a profesionales de referencia en cada Unidad de Gestión Clínica.

➤ **Medidas organizativas o de gestión:**

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

Artículo 17. Protección de la integridad personal

➤ **Medidas organizativas o de gestión de la Integridad Personal:**

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

Artículo 18. Libertad de desplazamiento y nacionalidad

➤ **Medidas organizativas o de gestión:**

- Elaboración, en el marco de la coordinación del programa residencial de la Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de las Personas con

Enfermedad Mental, de un conjunto de normas básicas de respeto a la libertad individual.

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

➤ **Medidas de Formación sobre vida independiente:**

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

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

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

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

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

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

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

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

Artículo 22. Respeto a la privacidad.

➤ **Medidas de formación y sensibilización sobre privacidad:**

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

➤ **Medidas organizativas o de gestión de cámaras de vigilancia:**

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

➤ **Medidas organizativas o de gestión sobre privacidad y comunicación exterior:**

- Grupo de mejora sobre respeto a la privacidad y confidencialidad: formulación de recomendaciones. Información de acogida para nuevos profesionales.
- Abordar con las y los coordinadores de cuidados y responsables de casas hogar el establecimiento de normas básicas de privacidad.
- Facilitar un espacio tranquilo con garantías de privacidad para recibir visitas, rezar, meditar, tener relaciones íntimas... En el caso de los dispositivos de media estancia, facilitar el acceso a los dormitorios durante el día, salvo contraindicaciones terapéuticas, específicamente argumentadas en la historia clínica.
- Disponibilidad de espacios adecuados para guardar las pertenencias personales (mesitas de noche, armarios con llave...), custodiada por el personal y disponible, salvo contraindicaciones terapéuticas específicamente argumentadas en la historia clínica.
- Disponibilidad de sistema de comunicación telefónica. Permitir el uso del móvil (a no ser que haya contraindicación terapéutica, específicamente argumentadas en la historia clínica).
- Implantación de un protocolo relativo a la privacidad según la Ley de protección de datos, para garantizar el derecho a la privacidad en la documentación del paciente.
- Elaborar un procedimiento de información en la acogida del pacientes y su familia: entrega por escrito de normas respecto a: horarios, actividades terapéuticas, objetos personales, visitas, comidas, contacto con personal facultativo, objetos prohibidos, consumo de tabaco, permisos de salida, teléfonos, etc

Artículo 23. Respeto del hogar y de la familia

➤ **Medidas organizativas o de gestión y de formación:**

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

Artículo 24. Educación

> Medidas organizativas o de gestión:

- Revisar la oferta de formación ocupacional. Proponer un cambio normativo para modificar la incompatibilidad de formación ocupacional con percepción de pensión.
- Incluir en programas psicoeducativos el manejo de emociones y resolución de problemas para el afrontamiento saludable de las dificultades de la vida cotidiana.
- Incluir, en los Acuerdos de Gestión Convenidas y en coordinación con Educación y Universidad, objetivos relacionados con la puesta en marcha de programas de apoyo a la vuelta a la escuela/instituto/facultad/otra formación.
- En coordinación con el Servicio de Orientación y Apoyo al Empleo de las asociaciones para para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental, ofrecer apoyo/asesoría en temas de educación/ formación ocupacional a los jóvenes que no tienen este certificado de discapacidad y necesitan una orientación y apoyo profesional. Facilitar la información de los programas laborales- ocupacionales del SOAE.

Artículo 25. Salud

> Medidas de formación en derecho a una salud integral.

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

- Utilizar los recursos que ofertan los técnicos de promoción de salud de los DSAP para la formación y prevención del tabaquismo en personas con Trastorno Mental Grave.

➤ **Medidas organizativas o de gestión:**

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

Artículo 26. Habilitación y rehabilitación.

➤ **Medidas de formación:**

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

➤ **Medidas organizativas o de gestión:**

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

Artículo 29. Participación en la vida política y pública

➤ **Medidas organizativas o de gestión:**

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

Artículo 30. Participación en la vida cultural, las actividades recreativas.

> Medidas organizativas o de gestión:

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

Artículo 31. Recopilación de datos y estadísticas.

> Medidas organizativas o de gestión:

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

Propuestas Comisión Ciudadana de derechos humanos y Salud Mental:

A. El derecho a completo consentimiento informado, incluyendo:

1. El derecho de refutar cualquier diagnóstico psiquiátrico de “enfermedad” mental que no pueda ser médicamente confirmado.
2. La divulgación completa de todos los riesgos documentados de cualquier droga propuesta o “tratamiento”.
3. El derecho a ser informado de todos los tratamientos médicos disponibles que no incluyen la administración de un medicamento o tratamiento psiquiátrico.
4. El derecho a rechazar cualquier tratamiento que el paciente considere perjudicial.

B. A ninguna persona se le dará tratamiento psiquiátrico o psicológico contra su voluntad.

C. A ninguna persona, hombre, mujer o niño se le puede negar su libertad personal por razones relacionadas con una supuesta enfermedad mental, sin un juicio justo por personas que son neutrales en la materia y con representación legal apropiada.

D. Ninguna persona será admitida o retenida en una institución, hospital o instalación psiquiátrica debido a sus creencias o prácticas religiosas, políticas o culturales.

E. Cualquier paciente tiene:

1. El derecho a ser tratado con dignidad y como ser humano.

2. El derecho de ser atendido en los hospitales sin distinción de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política, origen social o estatus por derecho de nacimiento o de propiedad.
3. El derecho a recibir un examen clínico y físico completo realizado por el médico de medicina general competente y titulado que la persona elija, para asegurar que la causa de la condición mental de la persona no es debido a alguna enfermedad física, una lesión o un defecto que no se ha detectado ni tratado y el derecho de buscar una segunda opinión médica de su propia elección.
4. El derecho a tener acceso a hospitales con instalaciones completamente equipadas y personal médico adecuadamente cualificado, para que puedan realizarse exámenes clínicos y físicos competentes.
5. El derecho a escoger la clase o tipo de terapia a emplearse, y el derecho a comentar esto con un médico de medicina general, facultativo o ministro de su propia elección.
6. El derecho del paciente a que se le aclaren, por escrito y en su propio idioma, todos los efectos secundarios de cualquier tratamiento ofrecido de modo que él los comprenda.
7. El derecho de aceptar o rechazar el tratamiento, pero en particular, el derecho a rechazar la esterilización, el tratamiento de electroshock, choque de insulina, lobotomía (o cualquier otra operación cerebral de psicocirugía), terapia de aversión, narcoterapia, la terapia de sueño profundo y medicamentos que producen efectos secundarios no deseados.
8. El derecho a presentar denuncias oficiales, sin represalias (castigo), ante una junta independiente, compuesta por personal no-psiquiátrico, abogados y legos en la materia. Las denuncias pueden abarcar cualquier tratamiento de tortura, cruel, inhumano o degradante, o cualquier castigo recibido estando bajo cuidado psiquiátrico.
9. El derecho a tener asesoría privada con un consejero legal y proceder mediante acción legal.
10. El derecho a darse de alta por sí mismo de una instalación psiquiátrica en cualquier momento y a ser dado de alta sin restricción, al no haber cometido delito alguno.
11. El derecho a administrar sus propiedades y asuntos con la asesoría de un consejero legal, de ser necesario, o si un tribunal considera que la persona es incompetente tiene derecho a contar con un albacea asignado por el estado para administrarlos hasta que se le declare competente. Dicho albacea debe responder ante el pariente más cercano del paciente, o ante su consejero legal o tutor.
12. El derecho a ver o a tener sus registros del hospital y tomar acción legal con respecto a cualquier información falsa contenida en ellos que pueda dañar su reputación.
13. El derecho a ejercer acción legal, con asistencia plena de la autoridad competente, contra cualquier psiquiatra, psicólogo o personal del hospital por cualquier abuso, encarcelamiento falso y agresiones relacionadas con el tratamiento, abuso sexual o violación, o cualquier violación de la salud mental o de otras leyes. Y el derecho a una ley de salud mental que no indemnizará o modificará las sanciones para el tratamiento penal, abusivo o negligente de los pacientes cometidos por cualquier psiquiatra, psicólogo o personal del hospital
14. El derecho a presentar demandas contra psiquiatras, sus asociaciones y colegios, contra la institución, o su personal por detención ilegal, informes falsos o tratamiento dañino.
15. El derecho a trabajar o a negarse a trabajar y el derecho a recibir compensación justa de acuerdo a una escala de pago comparable a los salarios sindicales, estatales o nacionales por trabajo similar, por cualquier trabajo realizado mientras estaba hospitalizado.
16. El derecho a educación o entrenamiento para capacitarse mejor para ganarse la vida cuando sea dado de alta y el derecho a escoger el tipo de educación o entrenamiento que es recibido.
17. El derecho a recibir visitas y a un ministro de su propia fe.
18. El derecho de hacer y recibir llamadas telefónicas y el derecho a la intimidad en relación con toda la correspondencia personal que envíe o reciba.
19. El derecho de asociarse libremente, o no hacerlo, con cualquier grupo o persona en una institución, hospital o instalación psiquiátrica.
20. El derecho a un entorno seguro sin tener cerca a personas que fueron llevadas ahí por razones criminales.

21. El derecho a estar con personas de su misma edad.
22. El derecho a vestir su propia ropa, a tener efectos personales y a tener un lugar seguro donde guardarlos.
23. El derecho a ejercicio físico diario al aire libre.
24. El derecho a una dieta y nutrición apropiada y a tres comidas al día.
25. El derecho a condiciones higiénicas e instalaciones que no estén superpobladas y a suficiente descanso y tiempo libre sin ser molestado.

Evaluación.

En el supuesto que el objetivo sea evaluar la calidad de los derechos humanos en salud mental, habría que arbitrar un órgano y procedimientos adecuados. La OMS cuenta con procedimientos adecuados para ello:

- **Determinar el método de la evaluación**
- **Capacitar a los miembros del/de los comités**
- **Observación de los establecimientos**
- **Entrevistas a usuarios, familiares, cuidadores, profesionales.**
- **Elaboración de los resultados de los informes de evaluación.**

Estrategias, Planes y Guías.

Para avanzar en los trabajos de la comisión puede consultarse los siguientes enlaces:

Voluntades Anticipadas

- Guía de Planificación Anticipada de decisiones en salud mental. Se ha realizado mucha formación local. En esta página tienes la guía: <https://www.1decada4.es/course/view.php?id=42>.

Contenciones Mecánicas CERO

- Seis Estrategias Clave para Reducir el uso de las Contenciones Físicas y el Aislamiento©1.Herramienta de planificación. Kevin Ann Huckshorn, revised 2008.NASMHPD (National Association of State Mental Health Program Directors).
- Plan de REDUCCIÓN DE LAS CONTENCIONES MECÁNICAS EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE SALUD MENTAL DE ANDALUCÍA PLAN INTEGRAL DE SALUD MENTAL DE ANDALUCÍA: https://www.1decada4.es/pluginfile.php/865/mod_resource/content/1/Prevencion_CM_Andalucia_PISMA_Ene17.pdf.

En el año 2015, Andalucía puso en marcha una serie de acciones para prevenir el uso de las contenciones mecánicas en las Unidades de Hospitalización de Salud Mental. Entre las acciones, se encuentra una mejora del registro de la utilización de las contenciones, formación de profesionales en técnicas de desescalada y análisis de episodios, en técnicas de acogida y evaluación de riesgos, y puesta en marcha de planes específicos para la disminución de su uso, incluyendo el establecimiento de objetivos por Unidades de Hospitalización. A través del siguiente enlace puede descargar el Plan de Actuación puesto en marcha.

Así mismo en Navarra tenemos:

- Plan Estratégico Salud Mental Navarra.
- Creación de una Comisión de Ética Asistencial en el ámbito de Salud Mental.” y 2.9 “Tendencia a la contención mecánica cero”
https://gobiernoabierto.navarra.es/sites/default/files/documento_0_plan_estrategico_smna.pdf.
- Un proyecto de un grupo de enfermería:
- http://portal.guiasalud.es/web/guest/novedades-tipo-contenido?p_p_id=EXT_8_INSTANCE_BsB1&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-3&p_p_col_pos=6&p_p_col_count=13&EXT_8_INSTANCE_BsB1_struts_action=%2Fext%2Fpredisenyada%2Fvista_Previa&EXT_8_INSTANCE_BsB1_contenidoId=20768&EXT_8_INSTANCE_BsB1_version=1.0
- **Guía** recogida de datos y definiciones sin más:
https://manual.jointcommission.org/releases/TJC2017B/rsrc32/Manual/TableOfContentsTJC/TJC_v2017B.pdf
- Link del vídeo del debate sobre la coerción en el parlamento de Navarra. Es la primera parte de la grabación N° 2 <http://www.parlamentodenavarra.es/es/videoteca/77-sesi%C3%B3n-75>.

En el Reino Unido

- **Guía Nice**<https://www.nice.org.uk/guidance/ng10/chapter/1-recommendations>.

Viene a decir que su uso debe de ser excepcional, en casos de extrema violencia o autoagresiones frecuentes o gravísimas 1.4.34; 1.4.35; 1.4.36... ***Los británicos practican la contención manual***

Tratamiento ambulatorio involuntario CERO.

Existen evidencias científicas de que la aplicación del TAI no mejora los resultados del tratamiento voluntario y no evita los ingresos involuntarios. La última revisión Cochrane es de 2017 y concluye en que en términos NNTB (Número Necesario a Tratar para obtener un Beneficio) son necesarias 142 órdenes TAI para evitar una rehospitalización <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28303578>

Se ha argumentado que siendo esto así en líneas generales, es posible que exista algún subgrupo de pacientes que, por su gravedad, pobre funcionamiento, aislamiento social... etc. sí podría beneficiarse del TAI, pero se ha probado que tampoco esto es cierto: el TAI no beneficia a ningún subgrupo de pacientes <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25495209> Las razones por las que el TAI es tan popular en ciertos países y su uso parece ir en aumento no son científicas, tienen que ver con motivos sociopolíticos, securitarios y de estigma relacionados con el “enfermo mental”.

Si lo que se desea es una disminución de los ingresos involuntarios, es necesario implantar otros procedimientos, como son las Instrucciones Anticipadas o Planes de Crisis Acordados <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27249180> , con hasta un 23% de reducción de las hospitalizaciones involuntarias, procedimientos intensivos de gestión de casos <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5472103/> o incluso intervenciones familiares que también pueden reducir significativamente las rehospitalizaciones <https://pdfs.semanticscholar.org/1934/b431bae32a99ecd478afaa8b4ae38e089bc0.pdf> .

Quien desee profundizar sobre las bases científicas y resultados del TAI y otros procedimientos coercitivos, encontrará información en el Cuaderno Técnico 20 de la Asociación Española de Neuropsiquiatría-Profesionales de Salud Mental (AEN) Capítulo 1 y Capítulo 6, descargable desde

la propia Intranet de Salud Mental navarra, Biblioteca, Artículos recomendados, o directamente desde la web de la AEN <http://www.tienda-aen.es/producto/coercion-y-salud-mental/>

En España la legislación en vigor no contempla el TAI. No lo contempla porque los intentos para establecerla legalmente, al menos tres, dos en el Congreso de Diputados, años 2005 y 2006, y uno en el Parlamento Catalán en 2009 han sido rechazados siempre, por oposición del Defensor del Pueblo, un amplio sector de profesionales <http://www.aen.es/web/docs/Cuadernos6.1.pdf> http://amrp.info/Documentos/Nota_Prensa_Diciembre_2011.pdf <http://revistaen.es/index.php/aen/article/view/16346>, los familiares organizados en la Confederación Salud Mental –antigua- FEAFES y el emergente movimiento de asociaciones en Primera Persona. Es de destacar la postura de la Confederación, que partiendo de llevar al Congreso de Diputados la propuesta para regular el TAI en 2005, cambió luego de opinión a partir de 2009.

La Confederación publica informes anuales acerca de Derechos Humanos y Salud Mental, el último en abril 2018 <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Informe-Derechos-Humanos-Salud-Mental-2017.pdf> Su postura es inequívocamente contraria a la implantación del TAI. El informe de 2016 de la Confederación recoge bajo forma de anexo su propuesta Alternativa al TAI de 2009 <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Informe-DDHH-salud-mental-2015.pdf> de desarrollo de recursos sanitarios y sociosanitarios. La AEN, la Confederación, y asociaciones en primera persona firmaron conjuntamente en 2016 el llamado Manifiesto de Cartagena <http://aen.es/wp-content/uploads/2016/06/MANIFIESTO-DE-CARTAGENA-LOGOS-2-1.pdf> que promueve la abolición de las prácticas coercitivas en la atención en Salud Mental, y más recientemente en 2017, un nuevo documento contrario a la implantación del TAI <http://aen.es/wp-content/uploads/2017/12/Posicionamiento-AEN-sobre-Protocolo-Convenio-de-Oviedo.pdf>

El derecho al empleo para la recuperación.

Las personas con discapacidad constituyen un grupo vulnerable al que el modo en que se estructura y funciona la sociedad ha mantenido habitualmente en condiciones de exclusión. Esta circunstancia ha comportado la retracción de sus libertades y derechos básicos, condicionando y obstaculizando su desarrollo personal, así como el disfrute de los recursos y servicios disponibles para toda la población y la posibilidad de contribuir con sus capacidades al progreso de la sociedad¹. Esto justifica su especial tratamiento en este número monográfico sobre Derechos de las Minorías.

La más problemática de estas medidas es precisamente la de garantizar el acceso de las personas discapacitadas al mercado laboral ordinaria mediante el establecimiento de unas cuotas de reserva aplicable en las empresas públicas y privadas que empleen a un número de 50 o más trabajadores¹², de manera que el 2 por 100 de la plantilla debe cubrirse con trabajadores discapacitados (artículo 42o LGDPD). Para el acceso al empleo público se estable un cupo de reserva mínimo del 7 por 100 de las plazas ofertadas (del que al menos el 2 por 100 se destinará a personas con discapacidad intelectual), de modo que progresivamente se alcance el 2 por 100 de los efectivos totales de cada Administración Pública (artículo 59.1 del Estatuto Básico del Empleado Público).

En cualquier caso, el Tribunal Constitucional ha admitido que la reserva de puestos de trabajo no es contraria al principio de igualdad y no discriminación, ni al acceso a la función pública en condiciones de igualdad, y que exige en todo caso que dichas personas superen las pruebas selectivas pertinentes y acrediten en su momento el indicado grado de discapacidad y la compatibilidad con las tareas y funciones correspondientes (Sentencia del Tribunal Constitucional 269/1994, de 3 de octubre). Además, la cuota de reserva no genera derecho de prioridad o permanencia en la empresa en caso de despido colectivo (Sentencia del Tribunal Supremo de 4 de febrero de 2002).

Por último, se ha incorporado a las tres vías tradicionales de promoción del empleo de personas discapacitadas una nueva modalidad: el programa de empleo con apoyo (regulado por Real Decreto 870/2007), dirigido a aquellas personas que presentan una discapacidad más severa y por tanto, una mayor dificultad para acceder al mercado laboral. Con ello se trata de favorecer la integración laboral en el mercado ordinario de trabajo de personas desempleadas: 1) con parálisis cerebral, personas con enfermedad mental o personas con discapacidad intelectual con un grado de minusvalía reconocido igual o superior al 33 por 100; o 2) con discapacidad física o sensorial con un grado de minusvalía reconocido igual o superior al 65 por 100 (no obstante, también las personas sordas y con discapacidad auditiva con un grado de minusvalía reconocido igual o superior al 33 por 100). Para ello han de ser contratados mediante contrato indefinido o contrato de duración determinada de cómo mínimo 6 meses. En caso de que la modalidad fuera a tiempo parcial, esta deberá ser al menos de un 50 por 100 de la jornada de trabajo de un trabajador a tiempo completo comparable (artículo 3o del Real Decreto 870/2007). En cualquier caso, las acciones que como mínimo deberán contemplar los programas de apoyo en el empleo serán:

- a) Orientación, asesoramiento y acompañamiento a la persona con discapacidad, elaborando para cada trabajador un programa de adaptación al puesto de trabajo.
- b) Labores de acercamiento y mutua ayuda entre el trabajador beneficiario del programa de empleo con apoyo, el empleador y el personal de la empresa que comparta tareas con el trabajador con discapacidad.
- c) Apoyo al trabajador en el desarrollo de habilidades sociales y comunitarias, de modo que pueda relacionarse con el entorno laboral en las mejores condiciones.
- c) Adiestramiento específico del trabajador con discapacidad en las tareas inherentes al puesto de trabajo.
- d) Seguimiento del trabajador y evaluación proceso de inserción en el puesto de trabajo. Estas acciones tendrán por objeto la detección de necesidades y la prevención de posibles obstáculos, tanto para el trabajador como para la empresa que le contrata, que pongan en peligro el objetivo de inserción y permanencia en el empleo.
- f) Asesoramiento e información a la empresa sobre las necesidades y procesos de adaptación del puesto de trabajo.

Para la ACN necesitamos objetivar en Canarias, con fin de hacer efectivo este derecho- las tasas de desempleo en personas con discapacidad por trastorno mental grave, más elevadas en las mujeres, y la tasa de empleo de las personas con empleo por trastorno mental con discapacidad dadas de alta en la seguridad social y activar los sistemas de vigilancia del cumplimiento de la ley en esta materia en relación a los puestos de trabajo, y en su caso, el incumplimiento de la obligación de reserva de puestos de trabajo para las personas (o de la aplicación de medidas alternativas de carácter excepcional) es tipificado como infracción administrativa grave por la Ley de Infracciones y Sanciones en el Orden Social, LISOS, conllevando, además de multa económica, la imposición de penas accesorias (artículos 40.1 y 46.1 LISOS). y el destino de las multas por esta vulneración de la ley, deberá crearse mecanismo de transparencia administraría de su visibilidad. Proponemos estos indicadores para motorizar la situación y la creación de una comisión específica que analice y estudio como avanzar en la efectividad en el ejercicio real de este derecho al empleo. Las políticas activas de empleo dirigidas a los trabajadores discapacitados tienen como prioridad la inserción laboral en el mercado de trabajo ordinario. Pero éstas han de tener en cuenta la diversidad y pluralidad que caracteriza a la población con discapacidad, debiéndose atender de forma diferente según las demandas y necesidades de cada grupo de trabajadores discapacitados. Hay discapacidades que, debido al tipo de deficiencia concreta que conllevan o a su grado de discapacidad, se encuentran con mayores dificultades de acceso al mercado de trabajo. Esta realidad exige la adopción de medidas específicas que podrían considerarse de acción positiva dentro del grupo de personas con discapacidad, que constituyen tratamiento más intensos y diferenciados para estimular la empleabilidad de estos grupos de trabajadores con discapacidad severa.

El derecho al estudio y la formación profesional para la recuperación.

Existe consenso en considerar que el estudio y el empleo constituyen un espacio fundamental para la construcción de la identidad personal y para la participación social de todas las personas. Para aquellas personas que sufren una enfermedad mental el desarrollo de una vida activa favorece, no sólo la independencia, sino también la mejora de su autoestima y de su funcionamiento general (Lehman et al, 2002).

El desconocimiento social acerca de las posibilidades de estudio y formación, ligado al estigma social que se atribuye con frecuencia a las personas con TMG, influye también decisivamente en las dificultades que experimentan para desarrollar los objetivos y su rol de estudiantes.

Algunos objetivos para de formación son:

- Potenciar la autonomía y el crecimiento personal.
- Favorecer el hábito de estudio.
- Generar confianza en las posibilidades individuales.
- Acompañar a las clases y generar rutina de asistencia.
- Crear grupos de formación para el apoyo en los estudios.

La formación y los aprendizajes son herramientas necesarias para cualquier persona, es la clave para dar libertad y sentirse realizado. Los usuarios/as que participan y deciden retomar estudios y formación comentan en muchas ocasiones que se sienten uno más en las aulas, además de sentirse orgullosos de sus logros, se sienten satisfechos de que sus familiares y amigos cambien la mirada y no les vean solo como enfermos mentales, les vean como personas capaces de conseguir y perseguir sus sueños. Reforzar la autoestima, creer en los potenciales de las personas, crear hábitos de estudio, etc. es esencial para el éxito académico, laboral y personal, pero ello requiere de mucha práctica y acompañamiento, proporcionando resultados placenteros al obtener mejores resultados y al adquirir óptimos hábitos de trabajo para el futuro. Los hábitos de estudio que se desarrollen ahora influirán sin duda en el éxito futuro de la vida personal y profesional.

Artículo 27, de la Constitución del Estado Español:

1. Todos tienen el derecho a la educación. Se reconoce la libertad de enseñanza.
2. La educación tendrá por objeto el pleno desarrollo de la personalidad humana en el respeto a los principios democráticos de convivencia y a los derechos y libertades fundamentales.
5. Los poderes públicos garantizan el derecho de todos a la educación, mediante una programación general de la enseñanza, con participación efectiva de todos los sectores afectados y la creación de centros docentes.
6. Se reconoce a las personas físicas y jurídicas la libertad de creación de centros sostenidos por la Administración con fondos públicos, en los términos que la Ley establezca.
7. Los profesores, los padres y, en su caso, los alumnos intervendrán en el control y gestión de todos los centros sostenidos por la Administración con fondos públicos, en los términos que la Ley establezca.
8. Los poderes públicos inspeccionarán y homologarán el sistema educativo para garantizar el cumplimiento de las leyes.
9. Los poderes públicos ayudarán a los centros docentes que reúnan los requisitos que la Ley establezca.
10. Se reconoce la autonomía de las Universidades en los términos que la Ley establezca.

El derecho a la educación para todos (art. 27.1) viene asegurado por la obligatoriedad y gratuidad de la enseñanza básica (art. 27.4), así como por la obligación de los poderes públicos de garantizar un puesto escolar gratuito en estos niveles a través de la programación general de la enseñanza (art. 27.5).

Favorecer la Tutela y la Curatela frente a la incapacitación.

La incapacitación cuando es resultado de insuficiencia de recursos públicos en materia sanitaria o de servicios sociales genera un grave atentado a los derechos y las libertades individuales. La ACN solicita que se solicite a la administración pertinente los datos relativos al número de incapacitaciones por trastorno mental por sexo y grupos de edad en nuestra comunidad y así como, el número de personas que en la actualidad están siendo tuteladas por trastorno mental en los Cabildos Insulares y/o Ayuntamientos, y se establezca los mecanismos de control administrativos de las mismas. Y advierte, de la conveniencia de favorecer la tutela y la curatela a través de Fundaciones. El reconocimiento constitucional del imperativo de tutela de las personas con discapacidad como grupo diferenciado y especialmente vulnerable, con la consiguiente exigencia de informar y conformar un estatuto jurídico adecuado a la dignidad propia de una persona en tal situación de desventaja jurídico-social parte de dos presupuestos: 1) la constatación de que determinados derechos e intereses vienen siendo vulnerados, o se encuentran en una situación de especial riesgo de serlo, de forma sistemática, obliga a prevenir dicha situación (política de prevención) y ser corregida (política de rehabilitación); y 2) la toma de conciencia de esta especial debilidad exige de los poderes públicos la adopción de normas y técnicas jurídicas protectoras específicas (deber de protección especial).

Instrumentos para la evaluación de los derechos.

El instrumento legal de protección de los derechos de las personas con un diagnóstico de trastorno mental es la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Diversas instituciones, al objeto de facilitar la evaluación y mejora de la protección de derechos han elaborado instrumentos específicos destinados a las personas con trastorno mental.

- **Derechos de Calidad Tool Kit de la Organización Mundial de la Salud 2012 (WHO-QualityRights Tool Kit)**

Este instrumento considera que la base para el respeto a los derechos humanos en cualquier recurso destinado a la atención de las personas con trastorno mental es la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD).

El tool kit selecciona de la CDPD los derechos que más relevancia tienen en la atención a las personas con trastorno mental. Cada derecho seleccionado se desglosa en una serie de estándares de calidad, que pueden ser evaluados mediante criterios de calidad. Los criterios son evaluados mediante diversas técnicas, como entrevistas a usuarios de los servicios, profesionales y familiares, técnicas observacionales y análisis de documentación.

- **Indicador de Calidad del Cuidado en Rehabilitación (QuIRC) (Estudio DEMObinc) 2010.**

El Indicador de Calidad del Cuidado en Rehabilitación (QuIRC) es un instrumento on-line que sirve para medir las condiciones de vida, el cuidado y el respeto por los derechos humanos de personas con problemas de salud mental de larga evolución en dispositivos psiquiátricos y sociales

- **Proyecto ITHACA 2010**

El Proyecto ITHACA (Tratamiento Institucional, Derechos Humanos y Evaluación) trata de identificar y difundir las mejores prácticas de cara a mejorar la protección de los derechos humanos y la dignidad y el estado general de salud de las personas con problemas de salud mental (y otras discapacidades) que residen en instituciones sanitarias o sociales o hacen estancias en ellas. Quince países europeos participaron en el proyecto y ejecución de la investigación, contando además, con diversas organizaciones que actúan como un grupo asesor.

Formación Seminarios y Jornadas.

Sugerimos los cursos y seminarios de la escuela de salud pública de Andalucía o **las jornada sobre Coerción y Salud Mental organizada por la Plataforma Derechos y Salud Mental de Navarra** <https://derechoshumanosysaludmentalnavarra.wordpress.com/pagina-de-inicio/>

- ✓ Aguila Bono del Trigo (Lala) (Coordinación).Profesora. Área de Ciudadanía, ética y participación. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada
- ✓ Vicente Ibáñez Rojo. Psiquiatra. Psiquiatra Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental. Hospital de Torrecárdenas. Almería.
- ✓ Javier Romero Cuesta. Psiquiatra. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental de Ronda. Málaga.
- ✓ Manuel Cabrera Espinosa. Enfermero. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental de Jaén.
- ✓ María Dolores Romero Jimeno.Pedagoga. Presidenta En Primera Persona. Federación Andaluza de Asociaciones de Usuarios/as de los Servicios de Salud Mental
- ✓ Jose Antonio Inchauspe. Psiquiatra. Servicio Navarro de Salud
- ✓ Irene Muñoz es abogada, consultora internacional, responsable del servicio de Asesoría Jurídica de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA y responsable de la redacción del Informe anual sobre el Estado de **los** Derechos Humanos de las Personas con Trastorno Mental en España que publica la Confederación <https://consaludmental.org/publicaciones/Informe-Derechos-Humanos-Salud-Mental-2017.pdf>.
- ✓ Elena Beristain es Trabajadora Social, ha dirigido Centros de Rehabilitación Psicosocial, es master en discapacidad, autonomía personal y dependencia. Colabora como docente con la Fundación Derecho y Discapacidad <http://www.fderechoydiscapacidad.es/>.
- ✓ Mejorana es la asociación Navarra en Primera Persona <https://mejorana.org/>

Temas:

- ✓ Estado de los derechos de las personas con trastorno mental en España.
- ✓ Algunas prácticas alternativas a la coerción.
- ✓ Derecho a la participación y su aplicación a los servicios de salud mental.
- ✓ El tratamiento ambulatorio involuntario. Entre la controversia y la ausencia de evidencia.

Bibliografía de trabajo comentada:

Fuente:https://www.1decada4.es/pluginfile.php/898/mod_label/intro/Guia-derechos-salud-mental.pdf.

Modificado, elaboración propia.

- **AEN. Coerción y salud mental.** Revisando las prácticas de coerción en la atención a las persona que utilizan los servicios de salud mental. Cuadernos Técnicos, 20.Madrid.2017.<http://www.tienda-aen.es/wp-content/uploads/2018/04/Cuaderno-Técnico-20-Coerción.pdf>.

Este Cuaderno Técnico resulta del debate y la reflexión en torno a las prácticas coercitivas en el Grupo de Trabajo, y su ánimo es aportar también alternativas al uso de la coerción en la atención a las personas con sufrimiento psíquico. Consideramos que se trata ante todo de una cuestión de derechos, y la discusión técnica tiene que ver con el modo en que estos se garantizan. Así, este documento tiene la ambición de promover la reflexión sobre lo que estamos haciendo frente a lo que podemos y queríamos hacer.

- **AEN.** Posicionamiento sobre el “Protocolo Adicional al Convenio de Oviedo”. <https://aen.es/blog/2017/12/11/posicionamiento-sobre-el-protocolo-adicional-al-convenio-de-oviedo/>.

La Asociación Española de Neuropsiquiatría-Profesionales de la Salud Mental, la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA, En Primera Persona, Federación Andaluza de Asociaciones de Salud Mental en Primera Persona y Federación VEUS-Federació Catalana d’Entitats de Salut Mental en Primera Persona, como organizaciones directamente implicadas en el impulso de la mejora de la salud mental de España, queremos manifestar nuestra total oposición a la continuidad del proyecto “Protocolo Adicional al Convenio de Oviedo sobre Derechos Humanos y Biomedicina sobre la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastornos mentales respecto a ingresos y tratamiento involuntarios” elaborado por el Comité de Bioética del Consejo de Europa. En el protocolo adicional se confunden coerción y cuidados. Las referencias que se realizan a los supuestos beneficios de los ingresos y tratamientos involuntarios forman parte del pasado y son contradictorias con la evidencia creciente de alternativas existentes. El uso de medidas coercitivas causa aún más daño psicosocial, exclusión y aislamiento del que la persona pudiera sufrir, aumentando el riesgo de padecer problemas adicionales. Se declaran en contra del el ingreso involuntario por un problema de salud mental suele suponer el uso de otras intervenciones coercitivas en contra de la voluntad de la persona, como la medicación forzosa, la contención mecánica y el aislamiento. Tales intervenciones constituyen prácticas discriminatorias que pueden llegar a producir sufrimiento psíquico severo, además de temor y trauma, y en algunos casos pueden ser consideradas maltrato e incluso tortura. Y lo que más grave, autoriza la privación de libertad de la persona basada en la presunción de riesgo grave para sí misma o para otras personas.

- **AEN.** Grupo de legislación y ética .PROPUESTA DE REGULACIÓN DE LOS INGRESOS INVOLUNTARIOS.

A propósito de la declaración de inconstitucionalidad del artículo 763-1 de la ley de enjuiciamiento civil en virtud de sentencia del tribunal constitucional no 132/2010 de 2 de diciembre:http://aen.es/wp-content/uploads/2014/09/prop_regulacion_ti.pdf. La declaración de inconstitucionalidad del Artículo 763-1 de la Ley de Enjuiciamiento Civil en virtud de Sentencia del Tribunal Constitucional no 132/2010 de 2 de Diciembre y la consiguiente petición al legislador para que, “a la mayor brevedad posible proceda a regular la medida de internamiento no voluntario”, ofrece la posibilidad de actualizar la regulación de los ingresos no voluntarios. Se propone una modificación y regulación de ley.

- **AEN. EL TRATAMIENTO AMBULATORIO INVOLUNTARIO HISTORIA DE UNA OBSTINACIÓN.**http://aen.es/wp-content/uploads/2014/09/tai_historia.pdf.

La propuesta de regulación de las garantías judiciales del tratamiento ambulatorio involuntario, ha sido examinada en sede parlamentaria en tres ocasiones en un periodo de cinco años. Dos en el Parlamento del Estado y otra en el Parlamento de Cataluña. Decir que en los tres casos ha sido rechazada y, advertir incluso, que el consenso para ello fue muy amplio, sería decir muy poco. Lo importante es analizar los argumentos que llevaron a tal solución en los tres casos, como se realiza en este documento.

- **AEN. Sobre la reforma de la legislación civil en materia de protección de personas con discapacidad.2016.**<http://aen.es/wp-content/uploads/2018/10/01.-AEN-reforma-legislaci%C3%B3n1.pdf>.

El presente documento, para conocimiento tanto de los profesionales que trabajan con personas con sufrimiento o alteración psíquica, como de los propios afectados y de sus familiares y allegados. En su Primera Parte, analiza las medidas jurídicas de protección no judiciales. En la Segunda Parte, las medidas de protección judiciales. En la Tercera Parte, se hace un resumen de todo lo expuesto definiendo las bases de la reforma con propuesta de texto articulado.

- **Barrios Flores L.F. Derechos Humanos y salud mental en Europa.**Norte de salud mental, 2010, vol. VIII, no 36: 55-67.<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4830422.pdf>

Europa es la región del mundo en la que es más abundante la normativa sobre salud mental, especialmente en la forma de recomendaciones dirigidas a los Estados por el Consejo de Europa, aunque también existen normas de aplicación directa: Convenio Europeo de Derechos y Libertades Fundamentales y Convenio de Biomedicina . Particular interés tienen asimismo las sentencias dictadas por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos y las conclusiones del Comité para la prevención de la tortura y de las penas o tratos inhumanos y degradantes. Debe mencionarse igualmente la labor de la Unión Europea y de la Oficina para Europa de la Organización Mundial de la Salud. Este conjunto de instrumentos jurídicos configura la más completa regulación, sobre derechos del paciente mental.

- **Bono del Trigo, A., Navarro Matillas, B., y Sues, A. (2012).** derechos Humanos y salud mental en andalucía. Plan Integral de Salud Mental de Andalucía. Disponible en:http://www.1decada4.es/pluginfile.php/527/mod_label/intro/EASP_Informe_Dchos%20Humanos%20y%20Salud%20Mental.pdf

Identifica situaciones de vulneración de derechos humanos en contextos asistenciales de salud mental y propone recomendaciones prácticas, organizativas y de gestión para garantizarlos.

- **Catalunya,** ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del paciente, y la documentación clínica. Boletín oficial de Estado, de 2 de febrero de 2001, núm. 29, páginas 4121 a 4125. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2001/BOE-A-2001-2353-consolidado.pdf>.

Ley vigente en Catalunya que aborda el derecho a la autonomía, la información y la intimidad en los contextos sanitarios. Hace referencia explícita a aspectos tales como las voluntades anticipadas, el consentimiento informado y la historia clínica.

- **CERMI. (2016).** empoderamiento y defensa de derechos: guía para la autodefensa de los derechos de las personas con discapacidad. Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad. Disponible en: <http://www.cermi.es/ES/Biblioteca/Lists/Publicaciones/Attachments/382/Folleto%20Empoderamiento%20y%20Defensa%20de%20Derechos%20Humanos.pdf>

Va dirigido a personas con discapacidad y se orienta a facilitar actitudes de empoderamiento y defensa de los derechos. Recoge recomendaciones prácticas para identificar situaciones de discriminación y recursos para defender los propios derechos.

- **COMISIÓN EUROPEA.** Empleo, Asuntos Sociales e Inclusión. Personas con Discapacidad. <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=es&catId=1137>

La UE fomenta la inclusión activa y la participación completa de los discapacitados en la sociedad, de acuerdo con un enfoque que integra la discapacidad en el contexto de los derechos humanos. La discapacidad no es algo discrecional. Es una cuestión de derecho. Este principio también es la base de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CNUDPD), de la que la UE es signataria. **Empleo:** aumentar de forma significativa la cuota de personas con discapacidad en el mercado laboral abierto. Las personas con discapacidad representan la **sexta parte de la población en edad laboral de la UE**, pero su nivel de empleo es comparativamente bajo.

- **Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.** (2016). informe sobre el estado de los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental en España 2015. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Informe-DDHH-salud-mental-2015.pdf>

Recoge los avances y vulneraciones de los derechos humanos en España detectados a lo largo del 2015, conforme a los artículos de la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

- **Convenio del Consejo** de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica. Estambul, 11V.2011. <https://rm.coe.int/1680462543>.

Reconociendo que las mujeres y niñas están más expuestas que los hombres a un riesgo elevado de violencia basada en el género. Reconociendo que la violencia doméstica afecta a las mujeres de manera desproporcionada y que los hombres pueden ser también víctimas de violencia doméstica. Reconociendo que los niños son víctimas de la violencia doméstica, incluso como testigos de violencia dentro de la familia.

- **Declaración de Salud Mental** por la Comisión de Ciudadanos por los Derechos Humanos. <http://www.cchr.org.es/about-us/mental-health-declaration-of-human-rights.html>

Todas las organizaciones sobre los derechos humanos han creado códigos mediante los cuales alinean sus propósitos y actividades. La Declaración de Salud Mental de los Derechos Humanos expone los principios que rigen a CCHR y los estándares por medio de los cuales las violaciones a los derechos humanos por parte de la psiquiatría son incesantemente investigados y expuestos.

- **Erro, J.** (2016). saldremos de ésta. Guía de salud mental para el entorno de la persona en crisis. Biblioteca Social Hermanos Quero y Primeravocal.org. Disponible en: http://madinamerica-hispanohablante.org/wpcontent/uploads/2016/10/saldremos-de-esta_javier-erro.pdf.

Incluye explicaciones, consejos prácticos y otros recursos para entender y afrontar la situación de crisis por problemas de salud mental de una persona próxima desde una perspectiva de cuidado colectivo y de derechos humanos.

- **España, ley 41/2002**, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, Boletín Oficial del Estado, 15 de noviembre de 2002, núm. 274, páginas 40126 a 40132. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-22188-consolidado.pdf>

Ley vigente en España que aborda el derecho a la autonomía, la información y la intimidad en los contextos sanitarios. Hace referencia explícita a aspectos tales como las voluntades anticipadas, el

consentimiento informado y la historia clínica. Las diferentes comunidades autónomas la aplican directamente o bien tiene su ley propia.

- **FEDEAFES.** (2015). Herramienta para la sensibilización, detección y prevención de la violencia contra las mujeres con enfermedad mental. Federación de Euskadi de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental. Disponible en: http://www.fedeafes.org/wp-content/uploads/2016/11/web_Fedeafes_estudio-violencia-genero-mujeres-con-enfermedad-mental_conclusiones-y-recomendaciones1.pdf

Incluye recomendaciones dirigidas a las asociaciones y a profesionales de la salud para la prevención y sensibilización sobre la violencia de género, para el empoderamiento de las mujeres, detección de casos de violencia y programas de intervención psicológica, entre otras cuestiones.

- **Funk, M.** (dir.), et al. (2006). manual de recursos sobre salud mental, derechos humanos y legislación. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/policy/legislation/WHO_Resource_Book_MH_LEG_Spanish.pdf

Contiene ejemplos de diversas experiencias prácticas y extractos de leyes u otros documentos de diferentes países, que ilustran lo que se está haciendo a nivel global en el área de la salud mental, derechos humanos y legislación.

- **Generalitat de Catalunya.** (2017). plan integral de atención a las personas con trastorno mental y adicciones 2017-2019. Disponible en: http://premsa.gencat.cat/pres_fsvp/docs/2017/03/13/13/08/e161671e-f399-4710-9d5f-785fa04192be.pdf.

Documento de planificación de políticas públicas vigente en Catalunya. Se basa en un modelo de atención comunitaria y participación ciudadana e incorpora una línea estratégica orientada a garantizar los derechos de las personas con problemas de salud mental y promover su empoderamiento.

- **Hall, W.** (2012). discontinuación del uso de drogas psiquiátricas: una Guía basada en la reducción del daño. The Icarus Project y Freedom Center. Disponible en: <http://willhall.net/files/GuiaReducciondelDanoDiscontinuaciondeDrogasPsiquiatricas2EdParaImprimir.pdf>

Incluye recomendaciones para manejar la medicación, dejarla o reducirla de forma segura. Ofrece apoyo para que las personas tomen sus propias decisiones y las lleven a cabo, sin situarse en ninguna de las polaridades ‘promedicación’ o ‘antimedicación’.

- **Madrid Cea, J. C.** (Coord), et al. (2015). manual de derechos en salud mental. Universidad de Chile. Disponible en: <http://www.redsaludmental.org.ar/wp-content/uploads/2015/08/Manual-de-Derechos-en-Salud-mental.pdf>

Elaborado desde la perspectiva de personas usuarias y ex- usuarias de servicios de salud mental en Chile. Incluye un modelo de consentimiento informado para el tratamiento farmacológico y un modelo de voluntades anticipadas.

- **Manuel Cabrera Espinosa y Ana Carralero Montero.** Derechos humanos en salud mental (y sus vulneraciones). Enero 2017. Boletín Psicoevidencias no 47. ISSN 2254-4046. <https://www.psicoevidencias.es/contenidos-psicoevidencias/articulos-de-opinion/80-derechos-humanos-en-salud-mental-y-sus-vulneraciones/file>.

La imposición de la salud existe cada vez más una denuncia por parte de los “pacientes” de recibir unos tratamientos que no desean, pero que nosotros justificamos -y a veces forzamos- en base a su efectividad (efectividad nuevamente decidida por nosotros). Ejemplos de esto son la terapia electroconvulsiva, la medicación forzosa, la contención mecánica o los ingresos involuntarios;

sobre ellos existe evidencia científica y recomendaciones de organismos internacionales desaconsejando su utilización pero incluso aunque esto no fuera así ¿justificaría la evidencia so? ¿No tenemos ya “evidencia” suficiente de que no todo vale en los tratamientos psiquiátricos²⁶, por muy “efectivos” que estos puedan parecer?.

- **Méndez, J. E. (2013).** informe del relator especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Asamblea General de Las Naciones Unidas. Disponible en: http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A-HRC-22-53_sp.pdf

Señala formas de abuso en la atención de la salud que pueden equivaler a tortura o a tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Identifica las políticas que fomentan esas prácticas, las deficiencias existentes en materia de protección y define el alcance de las obligaciones del Estado respecto su la regulación, control y supervisión.

- **Munarriz M., Romero M.D., Vinyals E., González N.A. (2016).** manifiesto en torno a la coerción en los servicios de salud mental. Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). Disponible en: <http://aen.es/wp-content/uploads/2016/06/MANIFIESTO-DE-CARTAGENA-LOGOS-2-1.pdf>

Firmado por distintas entidades, insta a erradicar las prácticas coercitivas de los servicios de salud mental y dejarlas de considerar como tratamientos. Propone un cambio organizacional y cultural que centre la atención en salud mental en los derechos humanos y la no coerción.

- **Naciones Unidas. (2006).** Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Disponible en: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconv.pdf> / Formato de fácil lectura: http://www.mivotocuenta.es/files/Convencion_ONU_LF_2edicion.pdf

Tratado internacional de derechos humanos elaborado por profesionales en colaboración con personas que experimentan diferentes tipos de discapacidad y sus familiares que sienta las bases para la inclusión y completa ciudadanía de las personas con discapacidad, incluidas las que experimentamos problemas de salud mental.

- **NASMHPD** (National Association of State Mental Health Program Director. Seis estrategias clave para reducir las contenciones físicas y el aislamiento.

Este documento, ampliamente utilizado en Estados Unidos, además de en otros países (como Nueva Zelanda) detalla seis estrategias clave que deben ser consideradas para prevenir la utilización de las contenciones físicas y el aislamiento en las unidades de hospitalización.

- **Organización Civil Internacional.** Recomendaciones para guiar interacciones comerciales de las Sociedades Científicas Sanitarias con las Industrias Relacionadas con la Salud, Organizaciones Sanitarias y/o las Administraciones Públicas. <http://www.nogracias.eu/2017/05/03/recomendaciones-guiar-interacciones-comerciales-las-sociedades-cientificas-sanitarias-las-industrias-relacionadas-la-salud-organizaciones-sanitarias-las-administraciones-publicas/>.

En las últimas décadas, tanto los intereses económicos como los de gobiernos y organizaciones sanitarias están poniendo en serio riesgo la necesaria independencia del entramado institucional profesional, demostrando sobradamente que son capaces de sesgar las prioridades de investigación, dominar las agendas formativas profesionales, controlar los mecanismos de difusión, síntesis y transferencia del conocimiento biomédico, influir en el desempeño profesional y dominar las decisiones políticas y de gestión sanitarias.

- **OMS. WHA67.7** Plan de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021: mejorar la salud para todas las personas con discapacidad [.http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha67-rec1/a67_2014_rec1-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha67-rec1/a67_2014_rec1-sp.pdf).

Insta a los Estados Miembros a que pongan en práctica las acciones propuestas para los Estados Miembros en el Plan de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021: mejor salud para todas las personas con discapacidad, adaptadas a las prioridades y los contextos específicos nacionales.

- **OMS WHA67.12** Contribución al desarrollo social y económico: la actuación multisectorial sostenible para mejorar la salud y la equidad sanitaria. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha67-rec1/a67_2014_rec1-sp.pdf.

Tomando nota del documento final de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible (Río+20) (Río de Janeiro, Brasil, 20 a 22 de junio de 2012) titulado «El futuro que queremos»,³ y, en particular, del hecho de que reconoce que la salud es una condición previa, un resultado y un indicador de las tres dimensiones del desarrollo sostenible, y de su petición de que todos los agentes pertinentes participen en una acción multisectorial coordinada, a fin de atender urgentemente las necesidades de salud de la población mundial. Reafirmando el derecho de todo ser humano, sin distinciones de ninguna especie, a gozar del grado máximo de salud física y mental que se pueda lograr, y a disfrutar de un nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluso alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a una mejora continua de las condiciones de existencia. Reconociendo el informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, como fuente de datos probatorios, así como la Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud y su petición de establecer y aplicar medidas de bienestar social sólidas, respaldadas por datos probatorios y fiables, y reconociendo la importante función de promoción que desempeñan los ministerios de salud a ese respecto; Reconociendo que la expresión «incorporación de la salud en todas las políticas» se refiere a que hay que tener en cuenta de forma sistemática las repercusiones sanitarias de las decisiones en las políticas públicas en todos los sectores, tratando de generar sinergias y de evitar efectos perjudiciales para la salud, con el fin de mejorar la salud de la población y la equidad sanitaria, mediante la evaluación de las consecuencias de las políticas públicas en los determinantes de la salud, el bienestar y los sistemas de salud

- **SALUD MENTAL: SIN ÓRGANOS DE REVISIÓN INDEPENDIENTES NO HAY GARANTÍA DE DERECHOS.** <https://www.mpd.gov.ar/index.php/secretaria-ejecutiva-del-organo-de-revision-de-salud-mental/190-noticias./3218-salud-mental-sin-organos-de-revision-independientes-no-hay-garantia-de-derechos>.

El Comité de Derechos Humanos de la ONU cuando hace pocos meses atrás le recomendó al Estado argentino “velar por la plena aplicación de los estándares internacionales y de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657” y “establecer un sistema independiente de supervisión y presentación de informes” que garantice que “los abusos sean investigados y enjuiciados efectivamente y que se proporcione reparación a las víctimas y sus familias”. La existencia de un organismo de revisión independiente con participación de las personas con discapacidad psicosocial es la única garantía para cumplir con los compromisos internacionales asumidos por la Argentina en materia de protección de los derechos de los usuarios de los servicios de salud mental incluidos en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad que proclama “Nada sobre nosotros, sin nosotros”.

- **SemFYC. PROPUESTA DE LA semFYC PARA UNA ACTUACIÓN INTEGRAL EN POLÍTICA FARMACÉUTICA.** Noviembre 2004. <http://www.samfyc.org/documentos/Propuesta%20de%20semFYC%20sobre%20Pol%EDtica%20Farmac%20E9utica.def.pdf>.

Realizan propuestas para mejorar la prescripción farmacéutica y un uso racional del medicamento. La sobremedicación y los efectos secundarios indeseables merman la calidad de vida y el ejercicio de derechos de los pacientes

- **Suess A., Tamayo Velázquez M.I., Bono del Trigo A.** Grupo de Derechos Humanos y Salud Mental. (2015). planificación anticipada de decisiones en salud mental.

Guía de apoyo para profesionales y personas usuarias de los servicios de salud mental. Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Disponible en: <https://www.easp.es/project/planificacion-anticipada-de-decisiones-en-salud-mental-guia-de-apoyo-para-profesionales-y-personas-usuarias-de-los-servicios-de-salud-mental/>

Ofrece información práctica para realizar una planificación anticipada de decisiones en salud mental. Incluye un modelo de formulario de planificación anticipada de decisiones en salud mental.

- **Velasco Arias, S. (2009).** recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud. Observatorio de Salud de la Mujer. Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud Ministerio de Sanidad y Política Social. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/recomendVelasco2009.pdf>

Orienta una clínica con enfoque de género.. Parte de los valores de igualdad y equidad y el concepto de salud integral. Permite contemplar la influencia del contexto social y de la experiencia subjetiva en las formas de enfermar e incorpora los factores psicosociales y de género que determinan la vulnerabilidad de las personas.

Canarias , Febrero 2019

Junta Directiva ACN

