



Informe sobre

# TRATAMIENTOS E INGRESOS INVOLUNTARIOS EN SALUD MENTAL

Edita:



Colabora:



Este documento se ha realizado en el marco del proyecto, «Los internamientos involuntarios a la luz de la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad: implicaciones para el ordenamiento jurídico español», desarrollado por un equipo del Instituto de Derechos Humanos Gregorio Peces-Barba de la Universidad Carlos III de Madrid, compuesto por Rafael de Asís (IP), María del Carmen Barranco, Patricia Cuenca, Cristina Guilarte y Agustina Palacios, y promovido por la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.

Maquetación: Diciembre 2022.

Publicación: Madrid. Septiembre 2023

Diseño gráfico y maquetación: La Factoría de Ediciones, SL.

No está permitida la reproducción total o parcial de esta obra, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por ningún medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, u otros medios, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright. Puedes escribirnos para solicitar nuestra autorización a: [confederacion@consaludmental.org](mailto:confederacion@consaludmental.org). © Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA



# 1. Índice

<b>1. Introducción</b>	3
<b>2. Discapacidad psicosocial desde un enfoque de derechos humanos</b>	6
2.1. La atención integral	8
2.2. La atención integral psicosocial	13
2.2.1. Principios y derechos del sistema de atención integral psicosocial	14
2.2.2. Elementos clave e infraestructura básica de la atención integral psicosocial	17
2.3. La urgencia vital en el sistema de atención integral psicosocial	23
2.4. Ingresos por comportamientos o conductas susceptibles de constituir un ilícito penal	31
<b>3. Propuestas normativas</b>	35
3.1. Supresión del artículo 763 de la ley 1/2000, de 7 de enero, de enjuiciamiento civil	36
3.2. Incorporación a la ley 15/2015, de 2 de julio de la jurisdicción voluntaria de un capítulo sobre «ingresos y tratamientos de personas en situación de urgencia vital en el marco de la atención integral psicosocial»	36
<i>Capítulo sobre ingresos y tratamientos de personas en situación de urgencia vital en el marco de la atención integral psicosocial</i>	36
3.3. Incorporación de definiciones en el artículo 2 del real decreto legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la ley general de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.	37
<i>Definiciones (para añadir al art. 2 de la Ley)</i>	37
3.4. Incorporación de un capítulo en el título primero del real decreto legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la ley general de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, sobre: «la atención integral psicosocial»	38
<i>Capítulo x. La atención integral psicosocial</i>	38
3.5. Incorporación de una Disposición Transitoria en el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de La Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y de su Inclusión Social	51
<i>Disposición Transitoria</i>	51
3.6. Modificación del art. 20 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad	52
3.7. Modificación de la 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	52
<b>4. Anexos</b>	60
4.1. El internamiento involuntario en el sistema universal de protección de los derechos humanos	61
4.1.1. Planteamiento del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad	62
4.1.2. Planteamientos de otros organismos y mecanismos del sistema universal de protección de los derechos humanos	70



4.2. El internamiento involuntario en el Consejo de Europa . . . . .	73
4.2.1. <i>La jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos en aplicación del art. 5.1e de la Convención Europea de Derechos Humanos</i> . . . . .	74
4.2.2. <i>El debate sobre la adopción del Protocolo del Convenio de Oviedo</i> . . . . .	78
4.3. El internamiento involuntario en el sistema interamericano . . . . .	87
4.3.1. <i>Instrumentos vinculantes</i> . . . . .	87
4.3.2. <i>Instrumentos de soft law</i> . . . . .	87
4.3.3. <i>Los órganos del sistema interamericano y su labor interpretativa</i> . . . . .	89
4.4. El internamiento involuntario en el derecho comparado . . . . .	101
4.4.1. <i>Conceptos de discapacidad y salud mental</i> . . . . .	102
4.4.2. <i>Breve descripción del sistema de capacidad jurídica.</i> . . . . .	102
4.4.3. <i>El internamiento involuntario</i> . . . . .	103
4.5. El internamiento involuntario en el derecho estatal español. . . . .	119
4.5.1. <i>Su contextualización en el ámbito sanitario: la Ley General de Sanidad y la Ley de los Derechos del Paciente</i> . . . . .	119
4.5.2. <i>La regulación legal del internamiento involuntario</i> . . . . .	120
4.5.3. <i>La doctrina constitucional en torno a las garantías en el internamiento</i> . . . . .	126
4.5.4. <i>Algunas consideraciones a propósito del internamiento involuntario en España</i> . . . . .	130
4.5.5. <i>La opinión del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en sus observaciones finales a España</i> . . . . .	132
4.5.6. <i>Algunas propuestas de reforma del internamiento involuntario.</i> . . . . .	134
4.5.7. <i>Valoración crítica del internamiento involuntario en el Derecho español: su incompatibilidad con los postulados de la CDPD</i> . . . . .	137
4.6. Salud mental, internamientos y tratamientos en las legislaciones autonómicas . . . . .	137
4.6.1. <i>Introducción</i> . . . . .	137
4.6.2. <i>Modelo de salud mental</i> . . . . .	138
4.6.3. <i>Internamientos</i> . . . . .	148
4.6.4. <i>Medidas de coerción</i> . . . . .	148
4.6.5. <i>Consentimiento informado</i> . . . . .	149
4.6.6. <i>Voluntades anticipadas</i> . . . . .	150



## 1. Introducción

Las personas con discapacidad están habitualmente sobrerrepresentadas en los entornos generales u ordinarios de privación de la libertad, entre ellos en las prisiones o en los centros de internamiento de personas extranjeras. Pero, además, se ven sometidas a regímenes particulares de privación de la libertad específicamente diseñados para ellas.<sup>1</sup>

Ciertamente, la inmensa mayoría de los ordenamientos jurídicos nacionales<sup>2</sup> incluyen

regulaciones que establecen formas especiales de privación de la libertad aplicables sobre la base de la existencia de una discapacidad real o percibida (discapacidad psicosocial —salud mental—, intelectual u otras). Entre las formas más extendidas de privación de la libertad específicas para las personas discapacidad se encuentra el internamiento forzoso o involuntario en centros de salud mental o en instituciones asistenciales,<sup>3</sup> medida habitualmente justificada en la protección de las propias personas con

1. Vid. el estudio temático sobre las formas específicas de privación de la libertad realizado por la ex Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad incluido en su informe, A/HRC/40/54, 2019, paras. 12-14, disponible en [https://ap.ohchr.org/documents/dpage\\_e.aspx?si=A/HRC/40/54](https://ap.ohchr.org/documents/dpage_e.aspx?si=A/HRC/40/54) (último acceso 2-1-2022).
2. Como señala la Oficina del Alto Comisionado de Derechos Humanos de Naciones Unidas en la *Background Note* publicada como resultado del encuentro de expertas celebrado en septiembre de 2015, todas las legislaciones domésticas revisadas permitían la privación de la libertad basada en la discapacidad. Puede consultarse esta nota y las conclusiones y recomendaciones de este encuentro en <https://www.ohchr.org/EN/Issues/Disability/Pages/deprivationofliberty.aspx> (último acceso 31-7-2020).
3. A estas formas hay que sumar, además, las respuestas especializadas que los sistemas penales articulan en relación con las personas declaradas incapaces de participar como acusadas en un juicio, consideradas exentas de responsabilidad criminal o afectadas por otros mecanismos de desviación del sistema penal general. Asimismo, cabe mencionar la privación de la libertad de las personas con discapacidad ya no en instituciones, sino en la propia comunidad, incluyendo el confinamiento en el hogar. Vid. sobre estas situaciones el estudio temático sobre las formas específicas de privación de la libertad realizado por la ex Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad, antes citado, y FLYNN, E., PINILLA-ROCANCIO, M. y GÓMEZ-CARRILLO DE CASTRO, M., *Disability-specific forms of deprivation of liberty*, 2019, disponible en <https://www.nuigalway.ie/centre-disability-law-policy/research/projects/completed/dfid/> (último acceso 31-7-2020).



discapacidad, en la atención de sus necesidades médicas y/o de cuidado o en la protección de los derechos de terceras personas.

El **internamiento no voluntario** se plantea en la legislación española (en el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil) como una forma especial de privación de la libertad por razón de discapacidad que asume, además, el denominado enfoque de estatus, en la medida en que alude directamente al «trastorno psíquico» como condición para la adopción de la medida. De esta forma, se enfrenta de manera directa con el derecho a la libertad de las personas con discapacidad consagrado en el art. 14 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), y con otros derechos reconocidos en su articulado, como ha destacado el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

En efecto, la actual regulación del internamiento no voluntario instituye una discriminación por motivos de discapacidad —y por tanto una vulneración del artículo 5 CDPD—, al establecer un supuesto específico de privación de la libertad aplicable exclusivamente a las personas con cierto tipo de discapacidades, en unas condiciones que resultan perjudiciales en relación con el tratamiento que recibe el resto de la ciudadanía y que suponen la sustitución de la persona en la toma de decisiones sin que se prevea, además, la prestación de apoyo —violándose, así, el art. 12 CDPD—. Además, su aplicación, en la práctica, da lugar a la vulneración de otros derechos reconocidos en la CDPD. En particular, los tratamientos médicos involuntarios, rutinariamente aplicados en los internamientos forzosos, no respetan el derecho de las personas con discapacidad al consentimiento

libre e informado (art. 25 CDPD) y afectan a su derecho a la integridad personal (art. 17 CDPD); algunos tratamientos médicos involuntarios especialmente invasivos y otras intervenciones coercitivas pueden implicar tratos inhumanos, degradantes o incluso tortura (art. 15 CDPD) y no existen suficientes mecanismos de control para evitar prácticas abusivas (art. 16 CDPD). Finalmente, el sistema español no dispone de los recursos socio-sanitarios suficientes que eviten las situaciones de desatención que abocan a las personas con discapacidad a la institucionalización forzosa y que hagan realidad su derecho a la vida independiente y a ser incluidas en la comunidad (art. 19 CDPD).

A la vista de todo ello, resulta palmaria la necesidad de revisar la legislación española en materia de internamiento no voluntario.

Conviene señalar, por otro lado, que, aunque las siguientes páginas se van a referir fundamentalmente a la privación de libertad en los supuestos de discapacidad psicosocial a la luz de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, el internamiento no voluntario también afecta de forma desproporcionada a las personas mayores. En la medida en que en el trabajo se trata de proyectar el enfoque basado en derechos sobre esta institución, buena parte de las propuestas pueden resultar de aplicación cualquiera que sea el motivo del internamiento. Sin embargo, es preciso tener en cuenta que en relación con las personas mayores las vulneraciones de derechos a veces se producen de forma y en escenarios diferentes, por lo que, para abordar esta situación de un modo adecuado, debería realizarse una investigación específica.

## 2. Discapacidad psicosocial desde un enfoque de derechos humanos





**E**l de la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás (CDPD). Las personas con discapacidad tienen los mismos derechos humanos que cualquier otra persona y no pueden ser discriminadas por razón de discapacidad (CE, CDPD).

La **discapacidad psicosocial** «resulta de la interacción entre una persona con un «proceso psico-afectivo» y las barreras actitudinales y del entorno que la sociedad genera; y que, teniendo como base el estigma, el miedo y la ignorancia, limitan su participación plena en igualdad de condiciones con las demás».<sup>4</sup> Las personas con

discapacidad psicosocial son personas cuya forma de interactuar no es aceptada socialmente y la preservación o eliminación de este rechazo implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos de toda persona (Ley de Salud Mental, Argentina, 2010, art. 3).

Persona con discapacidad psicosocial es el término mayormente utilizado por los organismos internacionales de protección de derechos humanos, así como por organizaciones representativas de personas con discapacidad.<sup>5</sup> Abarca a todas aquellas personas que, por su autopercepción o diagnóstico de una condición de salud mental, se enfrentan a restricciones en el ejercicio de sus derechos y a barreras en la participación sobre la base de una discapacidad

4. Poder Judicial de Costa Rica, *Protocolo de Atención para el Efectivo Acceso a la Justicia de Personas con Discapacidad Psicosocial*, Eurosocial, 2013, p. 23, disponible en [http://sia.eurosocial-ii.eu/files/docs/1396253595-Protocolo\\_Costa\\_Rica\\_Acceso\\_Justicia\\_personas\\_discapacidad.pdf](http://sia.eurosocial-ii.eu/files/docs/1396253595-Protocolo_Costa_Rica_Acceso_Justicia_personas_discapacidad.pdf) (último acceso 2-1-2022). Incorpora la definición de Organización de Estados Americanos, Declaración de Antigua sobre el ejercicio de la Capacidad Jurídica de las Personas con Discapacidad Psicosocial en América Latina, 43 Asamblea General de la OEA, «Foro Latinoamericano sobre capacidad legal de las personas con discapacidad: Sin capacidad jurídica, no hay derechos humanos», La Antigua Guatemala, 5 de junio de 2013.
5. Durante el proceso de debate de la CDPD, la organización de Personas Usuarias y Supervivientes de la Psiquiatría propuso el término «discapacidad psicosocial» persiguiendo abarcar a personas que han experimentado, o experimentan, o son diagnosticadas con una condición de salud mental, y que por dicha razón enfrentan barreras sociales. El término psicosocial se refiere a la interacción entre componentes psicológicos y socioculturales. El componente psicológico se refiere a las formas de pensar y procesar las experiencias y la percepción del mundo. El componente sociocultural se refiere al modo en que se comprenden o procesan dichas experiencias, al estigma, los prejuicios y estereotipos que la sociedad les asocia. MINKOWITZ, T., *WNUSP Implementation Manual for the Convention on the Rights of Persons with Disabilities*, 2008. Disponible en [https://www.researchgate.net/profile/Tina-Minkowitz/publication/238691170\\_WNUSP\\_Implementation\\_Manual\\_for\\_the\\_Convention\\_on\\_the\\_Rights\\_of\\_Persons\\_with\\_Disabilities/links/0deec53ad3fe080640000000/WNUSP-Implementation-Manual-for-the-Convention-on-the-Rights-of-Persons-with-Disabilities.pdf?origin=publication\\_detail](https://www.researchgate.net/profile/Tina-Minkowitz/publication/238691170_WNUSP_Implementation_Manual_for_the_Convention_on_the_Rights_of_Persons_with_Disabilities/links/0deec53ad3fe080640000000/WNUSP-Implementation-Manual-for-the-Convention-on-the-Rights-of-Persons-with-Disabilities.pdf?origin=publication_detail) (último acceso 2-1-2021).

real o percibida.<sup>6</sup> Este término tiene como objetivo focalizarse en las barreras sociales y actitudinales que restringen la participación en sociedad en igualdad de condiciones con las demás personas. Todas las personas con condiciones de salud mental están protegidas por la CDPD, se autoperciban o no como personas con discapacidades psicosociales. Por tanto, el tratamiento de la discapacidad psicosocial debe realizarse desde un enfoque de derechos humanos que contenga una mirada holística e integral y pueda brindar una respuesta que incluya el acceso a la protección social, sistemas y/o medidas de apoyo y el reconocimiento del derecho a la Atención Integral. Requiere también de una perspectiva de interseccionalidad, que, entre otras, asuma la perspectiva de género, consciente de que las mujeres usuarias de los servicios sociosanitarios con frecuencia se enfrentan desproporcionadamente a diversas formas de exclusión, incluida la negación de sus derechos sexuales y reproductivos. La atención a niñas, niños y adolescentes, debe ser adecuada al ciclo de vida y respetar su derecho a la autonomía progresiva y el principio del interés superior. En relación con las personas mayores, se debe respetar su voluntad, preferencias y narrativa de vida.

Como señala el art. 10.1 de la Constitución española, todas las personas tienen el derecho al libre desarrollo de su personalidad. El ejercicio de este derecho es la condición necesaria para que se pueda hablar de la conformación de la propia identidad y de una vida digna, de acuerdo con los principios que sustentan a los derechos humanos. En ocasiones, el libre desarrollo de nuestra personalidad puede verse obstaculizado por diversas barreras, alguna

actitudinales como prejuicios y/o estereotipos, que generan el rechazo o la invisibilización de ciertos modos «no estándar» de ser y de estar en el mundo (o de transitar la propia vida), a los que se unen diversas barreras de diferente tipo: físicas, cognitivas, sociales, actitudinales...

## 2.1. La atención integral

Permitir el desarrollo, al máximo nivel posible, de los diferentes planes de vida, y hacer posible la inclusión y participación plena de todas las personas en los diferentes ámbitos vitales, personales y sociales, sólo puede hacerse real garantizando a todas ellas el disfrute de los derechos humanos en igualdad de condiciones; lo cual puede requerir el establecimiento de cuidados, asistencias, apoyos, ajustes o medidas de acción positiva, encaminadas a la identificación y remoción de las barreras que puedan obstaculizar el libre desarrollo de la personalidad.

La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad reconoce en su art. 19 el derecho de las personas con discapacidad a la vida independiente y a ser incluidas en la comunidad. El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en su Observación General n.º 5 relativa al art. 19 de la Convención<sup>7</sup> ha señalado que la vida independiente es un concepto básico de la vida humana en todo el mundo que se aplica en el contexto de la discapacidad. Así, el Comité entiende que **la vida independiente e inclusiva en la comunidad** supone que las personas con discapacidad ejercen el control sobre la manera en que quieren vivir, mediante la creación de

6. Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, *Salud Mental y Derechos Humanos*, A/HRC/34/32, OHCHR, Ginebra, 2017, párrafo 5. Disponible en [https://ap.ohchr.org/documents/dpage\\_e.aspx?si=A/HRC/34/32](https://ap.ohchr.org/documents/dpage_e.aspx?si=A/HRC/34/32) (último acceso 2-1-2022).

7. CRPD/C/GC, 2017. Disponible en [https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/GC/5&Lang=en](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/GC/5&Lang=en) (último acceso 2-1-2021).

formas de apoyo que potencien el pleno ejercicio de sus derechos. A su modo de ver, este derecho implica tener libertad de elección y capacidad de control sobre las decisiones que afectan a la propia vida con el máximo grado de libre determinación e interdependencia en la sociedad, en consonancia con el respeto de la dignidad inherente y la autonomía. De este modo, exige reformas estructurales que van más allá del cierre de los entornos institucionales y reclama la provisión de servicios de apoyo específicos para las personas con discapacidad y la accesibilidad de los servicios disponibles para la población en general. Desde esta óptica, señala el Comité que deben tenerse en cuenta los siguientes elementos en los criterios que se establezcan para tener derecho a la asistencia: «la evaluación debe basarse en un enfoque de la discapacidad basado en los derechos humanos, hay que centrarse en las necesidades de la persona debidas a las barreras existentes en la sociedad y no en la deficiencia, tener en cuenta y acatar la voluntad y las preferencias de la persona y asegurar la plena participación de las personas con discapacidad en el proceso de adopción de decisiones». Considera además el Comité, que la existencia de servicios de apoyo y atención en la comunidad será capaz de evitar la práctica de los internamientos involuntarios.

El Informe de la ex Relatora especial de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad Catalina Devandas, relativo al acceso de las personas con discapacidad al apoyo, exige a los Estados que aseguren el acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad.<sup>8</sup> El objetivo es apoyar la vida y la inclusión en la comunidad y prevenir

las situaciones de aislamiento o segregación. A dicho fin se ha expresado que las personas con discapacidad deben «tener la posibilidad de elegir dónde y con quién desean vivir y no ser obligadas a vivir en entornos particulares como los hospitales psiquiátricos, los asilos u otras instituciones. Además, los Estados tienen la obligación de facilitar la transición de las personas con discapacidad de esos establecimientos a residencias comunitarias u hogares tutelados y proporcionar ayuda urgente a las personas con discapacidad que corran el riesgo de quedar sin techo o ser institucionalizadas».<sup>9</sup>

El informe mencionado explica que «las personas con discapacidad psicosocial pueden beneficiarse considerablemente de los servicios de apoyo en la comunidad. El apoyo entre personas en la misma situación, por ejemplo, es una herramienta eficaz para ayudar a las personas y prevenir la coacción en los servicios de salud mental (...)».<sup>10</sup>

En este contexto, afirmó la ex Relatora que los Estados «deberían cerrar todos los entornos de vida colectiva para personas con discapacidad, sea cual sea su tamaño, que no permitan a los residentes participar en la comunidad en igualdad de condiciones con las demás. En particular, los Estados deben establecer una moratoria inmediata sobre los nuevos ingresos en las instituciones y crear un marco de políticas que guíe los procesos de desinstitucionalización. Ese marco debería incluir la aprobación de un plan de acción con plazos claros y parámetros de referencias concretos, la redistribución de los fondos públicos de las instituciones o los servicios comunitarios y la instauración de un apoyo comunitario adecuado para las personas con

8. A/HRC/34/58, 2016 disponible en [https://ap.ohchr.org/documents/dpage\\_e.aspx?si=A/HRC/34/58](https://ap.ohchr.org/documents/dpage_e.aspx?si=A/HRC/34/58) (último acceso 2-1-2022).

9. A/HRC/58, cit., párr. 85.

10. A/HRC/58, cit., párr. 86.

discapacidad, como las ayudas para la vivienda, la asistencia domiciliaria, el apoyo entre iguales y los servicios de relevo. Los datos muestran que, cuando están bien planificados y disponen de recursos suficientes, los servicios comunitarios son mucho más rentables que la atención en instituciones».<sup>11</sup>

Asimismo, el Relator especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental ha resaltado la importancia de que se invierta en servicios psicosociales de ámbito comunitario y en modelos de apoyo alternativos.<sup>12</sup> También la Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas<sup>13</sup> ha indicado que el tratamiento de la discapacidad psicosocial desde un enfoque de derechos humanos reclama la articulación de servicios comunitarios con el objetivo de ayudar a la persona en todos los aspectos de su vida, su desarrollo personal, su ejercicio de la autonomía y su participación e inclusión en la comunidad y ha indicado que debe ponerse fin a la institucionalización y las modalidades de convivencia institucionalizadas, en tanto constituyen segregación y son incompatibles con la inclusión en la comunidad, ofreciéndose apoyo social a las personas con discapacidad psicosocial, que incluya apoyo y asistencia para vivienda, atención de la salud, los sistemas de respuesta en

casos de crisis, apoyo pecuniario, apoyo a las redes sociales y acceso a educación y trabajo. En su opinión, las redes sociales, el apoyo entre pares, los círculos de apoyo y el apoyo a nivel de la comunidad local son valiosos, en particular frente a situaciones de crisis y emergencia, por lo que es preciso darles reconocimiento y potenciar su desarrollo.

En la misma línea, la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa ha subrayado la importancia de desarrollar servicios de apoyo efectivos y accesibles en la comunidad como alternativa a las medidas coercitivas en salud mental.<sup>14</sup>

La Estrategia Europea sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad para 2021-2030, tiene como uno de sus puntos principales la promoción de la vida independiente. En esta línea, insta a los Estados miembros a «implementar buenas prácticas de desinstitucionalización en el ámbito de la salud mental y en relación con todas las personas con discapacidad, en particular los niños, con el fin de reforzar la transición de la asistencia institucional a los servicios que ofrecen apoyo en la comunidad». Y además, señala que «la Comisión apoyará a las autoridades nacionales, regionales y locales en sus esfuerzos a

- 
11. OMS y Banco Mundial, *World Report on Disability*, 2011, pág. 149. Disponible en [https://www.who.int/iris/bitstream/10665/75356/1/9789240688230\\_spa.pdf](https://www.who.int/iris/bitstream/10665/75356/1/9789240688230_spa.pdf) (última consulta 2-1-2022).
  12. A/HRC/35/21, 2017. Disponible en [https://ap.ohchr.org/documents/dpage\\_e.aspx?si=A/HRC/35/21](https://ap.ohchr.org/documents/dpage_e.aspx?si=A/HRC/35/21) (último acceso 2-1-2022).
  13. A/HRC/34/32, 2017. Disponible en [https://ap.ohchr.org/documents/dpage\\_e.aspx?si=A/HRC/34/32](https://ap.ohchr.org/documents/dpage_e.aspx?si=A/HRC/34/32) (último acceso 2-1-2022).
  14. *Resolución 2291 (2019) y Recomendación 2158 (2019) Ending coercion in mental health: the need for a human rights-based approach*, adoptadas por la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, 26 de junio de 2019. Disponibles en <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=28038&lang=en> y <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-EN.asp?fileid=28041> (último acceso 2-1-2022).

favor de la desinstitucionalización y la vida independiente, especialmente a través de los fondos de gestión compartida 2021-2027, la oleada de renovación, el componente de renovación de los planes de recuperación y resiliencia y el instrumento de apoyo técnico».

En el artículo 3 de los «Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas», se prevén una serie de medidas especiales, obligando a que los sistemas de salud de los Estados Miembros de la Organización de los Estados Americanos incorporen, «por disposición de la ley, una serie de medidas en favor de las personas con discapacidades mentales, a fin de garantizar la gradual desinstitucionalización de dichas personas y la organización de servicios alternativos, que permitan alcanzar objetivos compatibles con un sistema de salud y una atención psiquiátrica integral, continua, preventiva, participativa y comunitaria, y evitar así, la privación innecesaria de la libertad en los establecimientos hospitalarios o de otra índole». Por su parte, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, en su Resolución CD53.R7 sobre el Plan de Acción en Salud Mental, conmina a los Estados a que: «(...) d) promuevan el acceso universal y equitativo a la atención integral de la salud mental para toda la población y con base comunitaria, mediante el fortalecimiento de la capacidad de respuesta de los sistemas y servicios de salud mental en el marco de las redes integradas de servicios, con particular énfasis en la reducción de la brecha de tratamiento existente».

Pues bien, en el sistema jurídico español el conjunto de las medidas necesarias para que todas las personas puedan vivir de forma independiente y desarrollar al máximo sus planes de vida se ha venido concretando en el concepto de «Atención integral» recogido en

diferentes leyes en los últimos años. Cabe precisar que, a pesar de la denominación escogida por nuestra legislación, la atención integral no asume un enfoque asistencialista, sino que, de acuerdo con el enfoque de derechos humanos, su objetivo es posibilitar el libre desarrollo de la personalidad asegurando la participación plena y efectiva en la sociedad. Asimismo, conviene aclarar que la atención integral se dirige al conjunto de la población, si bien debe hacerse hincapié en que estas medidas serán más necesarias respecto a las personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad.

La **Atención Integral** aparece recogida en nuestro Ordenamiento, respecto a las personas con discapacidad, en el artículo 13 del Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social: «**1.** Se entiende por Atención Integral los procesos o cualquier otra medida de intervención dirigidos a que las personas con discapacidad adquieran su máximo nivel de desarrollo y autonomía personal, y a lograr y mantener su máxima independencia, capacidad física, mental y social, y su inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida, así como la obtención de un empleo adecuado. **2.** Los programas de Atención Integral podrán comprender: **|a|** Habilitación o rehabilitación médico-funcional. **|b|** Atención, tratamiento y orientación psicológica. **|c|** Educación. **|d|** Apoyo para la actividad profesional. **3.** Estos programas deberán comenzar en la etapa más temprana posible y basarse en una evaluación multidisciplinar de las necesidades y capacidades de la persona con discapacidad, así como de las oportunidades del entorno, considerando las adaptaciones o adecuaciones oportunas y los apoyos a la toma de decisiones y a la promoción de la autonomía personal».

La Atención Integral no es solo un tipo de medidas proyectadas en las personas con discapacidad, se trata de medidas que afectan a toda la población que pueda enfrentar barreras en el libre desarrollo de su personalidad. No obstante, para aquellas personas que afronten algún tipo de barrera o estén en situación de riesgo de afrontarla, estas medidas poseen connotaciones específicas. Se trata así de medidas que tienen como fin el que las personas adquieran su máximo nivel posible de desarrollo y autonomía personal y logren su inclusión y participación plena en todos los ámbitos de la vida.<sup>15</sup>

Los poderes públicos tienen la obligación de suprimir o aminorar las barreras que entorpecen el libre desarrollo de la personalidad y de garantizar la satisfacción de los derechos, a través de la adopción de las medidas políticas, jurídicas y administrativas pertinentes. Se trata, como señala el artículo 9.2 de la Constitución Española, de remover los obstáculos existentes y de promover las condiciones necesarias

para garantizar que la libertad y la igualdad en el desarrollo de la personalidad sean reales y efectivas y, por tanto, promover las condiciones para el disfrute de todos los derechos humanos en igualdad de condiciones. Teniendo en cuenta esta obligación, el Estado debe garantizar el derecho de todas las personas a recibir una atención integral y adecuada a sus necesidades médicas, psicológicas, jurídicas, educativas, sociales, laborales y culturales en lo que respecta al desarrollo de su personalidad. La atención tendrá una perspectiva de interseccionalidad que asegure que los distintos servicios y recursos tengan en cuenta el enfoque de género, de infancia y etario, entre otros.

El derecho a la Atención Integral comprende el conjunto de servicios, medidas e intervenciones sanitarias, educativas, familiares y sociales cuyo objetivo es garantizar el desarrollo integral de las personas (con discapacidad), y el disfrute de todos sus derechos en igualdad de condiciones, removiendo las barreras que impiden

---

15. La Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia (BOE n.º 134, de 5 de junio de 2021), incorpora en el artículo 12 el derecho a la atención integral: 1. Los poderes públicos proporcionarán a los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia una atención integral, que comprenderá medidas de protección, apoyo, acogida y recuperación. 2. Entre otros aspectos, la atención integral, en aras del interés superior de la persona menor, comprenderá especialmente medidas de: a) Información y acompañamiento psicosocial, social y educativo a las víctimas. b) Seguimiento de las denuncias o reclamaciones. c) Atención terapéutica de carácter sanitario, psiquiátrico y psicológico para la víctima y, en su caso, la unidad familiar. d) Apoyo formativo, especialmente en materia de igualdad, solidaridad y diversidad. e) Información y apoyo a las familias y, si fuera necesario y estuviese objetivamente fundada su necesidad, seguimiento psicosocial, social y educativo de la unidad familiar. f) Facilitación de acceso a redes y servicios públicos. g) Apoyo a la educación e inserción laboral. h) Acompañamiento y asesoramiento en los procedimientos judiciales en los que deba intervenir, si fuera necesario. i) Todas estas medidas deberán tener un enfoque inclusivo y accesible para que puedan atender a todos los niños, niñas y adolescentes sin excepción. 3. Las administraciones públicas deberán adoptar las medidas de coordinación necesarias entre todos los agentes implicados con el objetivo de evitar la victimización secundaria de los niños, niñas y adolescentes con los que en cada caso, deban intervenir. 4. Las administraciones públicas procurarán que la atención a las personas menores víctimas de violencia se realice en espacios que cuenten con un entorno amigable adaptado al niño, niña o adolescente. 5. Las administraciones sanitarias, educativas y los servicios sociales competentes garantizarán de forma universal y con carácter integral la atención temprana desde el nacimiento hasta los seis años de edad de todo niño o niña con alteraciones o trastornos en el desarrollo o riesgo de padecerlos en el ámbito de cobertura de la ley, así como el apoyo al desarrollo infantil.

su autonomía personal y su inclusión y participación plena en todos los ámbitos de la vida. Las garantías del derecho a la atención integral deben implementarse teniendo en cuenta la diversidad de las personas titulares.

## 2.2. La atención integral psicosocial

La **Atención Integral Psicosocial** aborda la salud y el bienestar de la persona desde una perspectiva holística que incluye el nivel biológico, la experiencia subjetiva y el contexto social, con especial atención a las situaciones de vulnerabilidad. En este sentido, precisa de medidas destinadas a garantizar que el sistema sanitario, de protección social y educativo se articulen teniendo en cuenta su incidencia en los procesos psico-afectivos de las personas. Asimismo, promueve la toma de conciencia del estigma y la discriminación a las que se enfrentan las personas con discapacidad psicosocial, garantizando su participación en la sociedad como ciudadanas de pleno derecho.

Los sistemas públicos de servicios sociales, educación y salud establecerán los mecanismos de Atención Integral necesarios para dar respuesta a aquellas situaciones de las personas que, por la especificidad de la necesidad que presentan, requieran una atención complementaria.

En ningún caso es posible admitir dentro del sistema de Atención integral el internamiento o ingreso por razón de discapacidad. En los casos en los que la persona usuaria del sistema de Atención integral no pueda vivir en su domicilio, se adoptarán las medidas necesarias que favorezcan su libre desarrollo y la vida independiente, primando, siempre que sea posible, las medidas sociales y educativas frente a las sanitarias.

La Atención Integral Psicosocial parte del reconocimiento de la capacidad de todas las personas y del derecho a los apoyos en el ejercicio de la capacidad jurídica. Se basa en el respeto, promoción y defensa de los derechos y la autonomía de las personas, y en la corresponsabilidad y participación de éstas, sus familias y los movimientos sociales organizados. Las personas con discapacidad psicosocial tienen derecho a que las intervenciones terapéuticas y los escenarios asistenciales en los ámbitos social, educativo y sanitario, se desarrollen sin vulneración de sus derechos y garantizando su derecho a la igualdad. Ello implica, tal cual lo establece el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, partir de un modelo de igualdad inclusiva, articulado en torno a un marco de cuatro dimensiones. En primer lugar, el derecho a la igualdad inclusiva debe tratar de corregir las desventajas desde políticas redistributivas. En segundo lugar, debe contrarrestar los prejuicios, el estigma, los estereotipos, la humillación y la violencia basados en una discapacidad adoptando políticas de reconocimiento y un enfoque interseccional. En tercer lugar, debe ampliarse la participación, contrarrestando la exclusión —esto es la plasmación del lema «nada sobre las personas con discapacidad sin las personas con discapacidad»—. Finalmente, debe ajustar la diferencia —para lo cual resulta ineludible la garantía del «derecho a la accesibilidad universal», que engloba asimismo sistemas de apoyo y ajustes razonables.<sup>16</sup>

La satisfacción del derecho a la Atención Integral requiere la actuación de profesionales en los distintos sectores que abarca, la coordinación entre las administraciones, las familias y las organizaciones de la sociedad civil y la cooperación entre todos estos agentes (profesionales, instituciones, grupos de pares, familias y organizaciones);

16. Observación General núm. 6 del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad CDPD/C/G/C/6, abril de 2018.

también requiere la existencia de recursos materiales, personales y económicos que haga posible la realización de las necesarias acciones. El enfoque de derechos hace imprescindible el reconocimiento y la participación de las personas destinatarias y protagonistas.

El Sistema de Atención Integral Psicosocial garantiza las condiciones básicas, el contenido común y los objetivos de la Atención Integral en el ámbito de la discapacidad psicosocial, sirviendo de cauce para la colaboración y participación de las Administraciones Públicas y de éstas con las pertinentes organizaciones privadas, en el ejercicio de sus respectivas competencias, en materia de promoción del desarrollo holístico de las personas con discapacidad psicosocial.

El Sistema se configura como una red de utilización pública que integra, de forma coordinada, organizaciones, centros y servicios. Corresponde a cada Comunidad Autónoma planificar, ordenar, coordinar, gestionar y dirigir, en el ámbito de su territorio, los servicios de Atención Integral Psicosocial a través de la Red Autónoma de Atención Integral Psicosocial. La Red integra, de forma coordinada, organizaciones, centros y servicios, públicos y privados, asegurando la satisfacción de la Atención Integral Psicosocial y de los derechos que la conforman.

### **2.2.1. Principios y derechos del sistema de atención integral psicosocial**

El Sistema de Atención Integral Psicosocial, y por tanto todos sus servicios e infraestructuras, deben desarrollarse y estar presididos por una serie de principios que permitan que su funcionamiento se realice desde un enfoque de derechos humanos. En entre estos principios destacan: **|a|**) el respeto a la dignidad y los derechos humanos; **|b|** la Igualdad inclusiva y la no discriminación; **|c|** la interseccionalidad; **|d|** la integralidad; **|e|** la Inclusión social en la

comunidad; **|f|** la accesibilidad; **|g|** la planificación centrada en la persona; **|h|** la interdisciplinariedad; **|i|** la calidad de los servicios; **|j|** la corresponsabilidad y participación de las personas; **|k|** la intersectorialidad; **|l|** la transparencia y proporcionalidad.

Por otro lado, las personas destinatarias de cualquier servicio de Atención Integral Psicosocial deben disfrutar de los derechos reconocidos por el ordenamiento jurídico a toda la ciudadanía. En particular, debe prestarse especial atención a los siguientes derechos: **|a|** derecho a ser tratadas con respeto a la dignidad y a acceder sin discriminación alguna al sistema de servicios de Atención Integral; **|b|** derecho a recibir información suficiente y en modo accesible y que le resulte comprensible sobre los servicios, las prestaciones y su situación; **|c|** derecho a la autonomía y, por tanto, al consentimiento libre e informado, a la participación en la toma de decisiones que las afectan, a los apoyos y a la renuncia a las prestaciones y servicios; **|d|** derecho a la elaboración de planes individualizados para prevenir y manejar situaciones de estrés, respetando en todo caso la voluntad y preferencias de la persona; **|e|** derecho a un Proyecto de Vida o Plan Personal de Futuro; **|f|** derecho a la asignación de una persona profesional de referencia; **|g|** derecho a no ser sometidas a explotación, violencia, abusos y a no sufrir tortura ni tratos crueles inhumanos o degradantes; **|h|** derecho a la elaboración instrucciones previas; **|i|** derecho a designar una persona de confianza; **|j|** derecho a acceder al expediente administrativo individual y a la historia personal; **|k|** derecho a ser advertidas si los procedimientos que se le apliquen pueden ser utilizados para un proyecto docente o de investigación, siendo necesaria la autorización de la persona afectada.

La satisfacción de estos derechos cobra un especial relieve cuando las personas del sistema de atención integral psicosocial son usuarias de un alojamiento social o sanitario.



En cualquier caso, el sistema **no permitirá medidas coercitivas**<sup>17</sup> consistentes en:

**I.** Mecanismos de contención física, química o mecánica.

17. A nivel estatal no existe normativa específica sobre contenciones en el marco de la discapacidad psicosocial. Sólo existe en el campo de la infancia y la adolescencia en la Ley Orgánica de Protección del Menor. Si que es posible encontrar algunas normas en el ámbito autonómico. El 19 de enero de 2022, la Fiscalía General del Estado publicaba la Instrucción núm. 1/2022, de 19 de enero, sobre el uso de medios de contención mecánicos o farmacológicos en unidades psiquiátricas o de salud mental y centros residenciales y/o sociosanitarios de personas mayores y/o con discapacidad. Esta instrucción se apoya en la regulación de la infancia y la adolescencia y establece los siguientes presupuestos en la aplicación de las contenciones:
- a. El respeto a la dignidad, a la libertad y a la promoción de la autonomía de la persona, lo que implica que todo procedimiento de restricción debe estar precedido por un intento de contención verbal u otras estrategias menos invasivas, y posteriormente registrado para una evaluación por el equipo terapéutico en relación con las causas de su fracaso. Conviene, en todo caso, remarcar la importancia de actuaciones preventivas o anticipatorias (sobre el entorno, con cuidados específicos y adaptados, etc.), frente a las reactivas.
  - b. Nadie debe ser sometido a ningún tipo de inmovilización o de restricción física o tratamiento farmacológico sin prescripción facultativa, salvo que exista peligro inminente para la seguridad física del usuario o de terceros. Si en el momento de decidir la contención mecánica y siendo una situación de urgencia, no se puede contactar con el médico, el personal de enfermería podría iniciar el procedimiento comunicándolo al médico con la menor demora posible. Deben descartarse las órdenes facultativas genéricas de tratamiento.
  - c. La concurrencia del consentimiento informado y documentado en los términos descritos de la Ley 41/2002 (arts. 8 y 9). Atendidas las circunstancias del caso, la documentación podrá ser previa, coetánea o posterior a la medida... El cambio de orientación llevado a cabo en la legislación civil pone el acento en la teoría del juicio sustitutivo para el caso de consentimiento por representación: la búsqueda de lo que la persona hubiera llegado a decidir de acuerdo con su trayectoria vital, sistema de creencias y valores con el fin de adoptar la decisión que habría tomado la persona para el caso de no precisar representación (art. 249 CC). En el ámbito sanitario, sin perjuicio del deber de tener en cuenta ese aspecto como parte del respeto a su dignidad personal, se encuentra subsistente el criterio del mayor beneficio para la vida o la salud del paciente en virtud de esta remisión expresa al consentimiento en el ámbito de la salud.
  - d. Atender a los principios de cuidado, excepcionalidad, necesidad, proporcionalidad, provisionalidad y prohibición del exceso, debiendo aplicarse las contenciones con la mínima intensidad posible y por el tiempo estrictamente necesario, eludiendo aplicaciones rutinarias, especialmente en relación con personas mayores.
  - e. El uso de las sujeciones vendrá determinado cuando no haya funcionado otro método de prevención o, en supuestos de riesgo inminente y grave para la persona o para terceros. En las personas con problemas de salud mental se trata de atender episodios de descompensación en cuadros de agitación psicomotora y/o alteraciones de conducta graves que entrañan dichos riesgos, siendo estas situaciones habitualmente excepcionales en personas mayores.  
Su uso con la finalidad de mantener la sedestación, levantamiento de la cama o interacción social puede estar indicado en personas con discapacidad física muy inhabilitante.
  - f. Es aconsejable un plan de cuidados específicos complementarios que contemplen la posterior evaluación facultativa periódica y supervisión del personal de enfermería: ayuda a la higiene, comprobación de constantes vitales, cambios posturales, contacto verbal, ofrecimiento de alimentos o líquidos.

- II. Aislamiento mediante la restricción del espacio físico ambulatorio o en un área específica y la incomunicación con terceras personas.
  - III. Tratamientos irreversibles.
  - IV. Medicación sin consentimiento informado de la persona en el marco del sistema de atención integral psicosocial, salvo en los casos de urgencia vital, en los que el consentimiento libre e informado no pueda obtenerse y los sistemas de apoyo o personas de confianza resulten ineficaces, para mantener a salvo su vida o integridad personal, siempre y cuando no haya alternativas al tratamiento menos gravosas, quepa esperar razonablemente que la medida será eficaz, y no resulte una medida excesiva desde el punto de vista del daño grave que pretende evitarse.
  - V. La realización de cualquier procedimiento que no derive o sea parte del tratamiento seguido, sin el consentimiento informado de la persona usuaria del servicio.
  - VI. La participación de las personas usuarias en investigaciones científicas o multidisciplinarias, con o sin protocolo, cuando no cuenten con el previo consentimiento libre e informado de la persona implicada.
  - VII. El aislamiento, el empleo de la terapia electroconvulsiva, psicocirugías y tratamientos experimentales en niñas, niños y adolescentes, incluso si sus padres o tutores autorizan dicha práctica.
- De la integración de la perspectiva de la discapacidad psicosocial en la organización de la educación, el empleo, los servicios sociales y la salud.
  - Del desarrollo de estructuras que apoyen la transición a una vida independiente con los apoyos necesarios y la desinstitucionalización, especialmente cuando se trata del cierre de estructuras existentes.
  - Del desarrollo de recursos humanos para la formación del personal implicado.
  - De la concienciación sobre la discapacidad psicosocial desde un enfoque de derechos humanos y la introducción de la discapacidad en los contenidos formativos de quienes trabajan en los ámbitos sanitarios, educativos, servicios sociales, de salud, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, así como de las personas que actúan como operadoras jurídicas.
  - De una concepción integral de la salud, que comprenda a la identidad de la persona desde una mirada interseccional y brinde una atención integral a dichas intersecciones.
  - De la implementación de líneas de actuación diseñadas teniendo presente la desigualdad entre hombres y mujeres, y el modo en que ésta condiciona el equilibrio emocional y la salud mental de las personas y su entorno social.
  - Del desarrollo de servicios y recursos que puedan dar respuesta a las necesidades de género diferenciales.

El correcto desarrollo del Sistema de Atención Integral Psicosocial requiere:

---

Por ser incompatible con la dignidad de la persona y no responder a los fines de estas medidas debe entenderse totalmente proscrita la utilización de las mismas con fines de disciplina o por conveniencia (ahorro de trabajo, esfuerzo o de recursos).

- Del fortalecimiento de la capacidad de profesionales que tengan relación con la discapacidad psicosocial para proporcionar formas de apoyo, rehabilitación y terapia desde un enfoque de derechos humanos.
- De la recopilación constante de datos sobre las necesidades de las personas con discapacidad psicosocial.
- Del establecimiento de mecanismos y estrategias de monitoreo con indicadores mensurables.
- De inversiones en el proceso de desinstitutionalización.

Hasta la puesta en marcha y funcionamiento del Sistema de Atención Integral, se debe elaborar un Protocolo de reglamentación de las medidas terapéuticas de conformidad con los estándares establecidos en esta propuesta. Dicho Protocolo debe contener un Plan de eliminación de las medidas coercitivas de aislamiento, y de mecanismos coercitivos de contención física, química o mecánica; así como acciones para la capacitación en enfoque de derechos humanos y medidas alternativas. Durante este período, cada servicio sociosanitario debe habilitar un Registro en el que constarán debidamente detalladas las medidas terapéuticas adoptadas, su fundamentación, la identidad de los/as profesionales y personas intervinientes, así como de la persona destinataria. De todo esto debe darse conocimiento inmediato al órgano competente.

### **2.2.2. Elementos clave e infraestructura básica de la atención integral psicosocial**

El Sistema de Atención Integral Psicosocial garantiza las condiciones básicas, el contenido común y los objetivos de la Atención Integral sirviendo de cauce para la colaboración y

participación de las Administraciones Públicas y de éstas con las pertinentes organizaciones privadas, en el ejercicio de sus respectivas competencias, en materia de promoción del desarrollo holístico e integral de las personas con discapacidad psicosocial.

Corresponde a cada Comunidad Autónoma planificar, ordenar, coordinar, gestionar y dirigir, en el ámbito de su territorio, los servicios de Atención Integral Psicosocial a través de la Red Autonómica de Atención Integral Psicosocial. La Red integral, incluye, de forma coordinada, a organizaciones, centros y servicios, públicos y privados, asegurando la satisfacción de la Atención Integral y de los derechos que la conforman.

Las Entidades Locales participarán en la gestión de los servicios de atención integral psicosocial de acuerdo con la normativa de sus respectivas Comunidades Autónomas y dentro de las competencias que la legislación vigente les atribuye.

Por **elementos clave** de la atención integral psicosocial entendemos un conjunto de conceptos, instituciones, personas o documentos que constituyen referencias esenciales de esta propuesta y que, de alguna manera, identifican el enfoque de derechos humanos de la discapacidad psicosocial que en ella se propugna.

- **Grupos de pares:** contribuyen a poner a la persona usuaria, sus necesidades y experiencias en primera persona en el centro de la actuación de las instituciones y de las intervenciones profesionales. Con su inclusión, además de integrarse la dimensión técnica y la relacional en la atención integral, se incorpora una lógica centrada en el reconocimiento y acompañamiento de las condiciones y situaciones individuales, rompiendo una relación entendida sólo en términos de profesionales y pacientes.

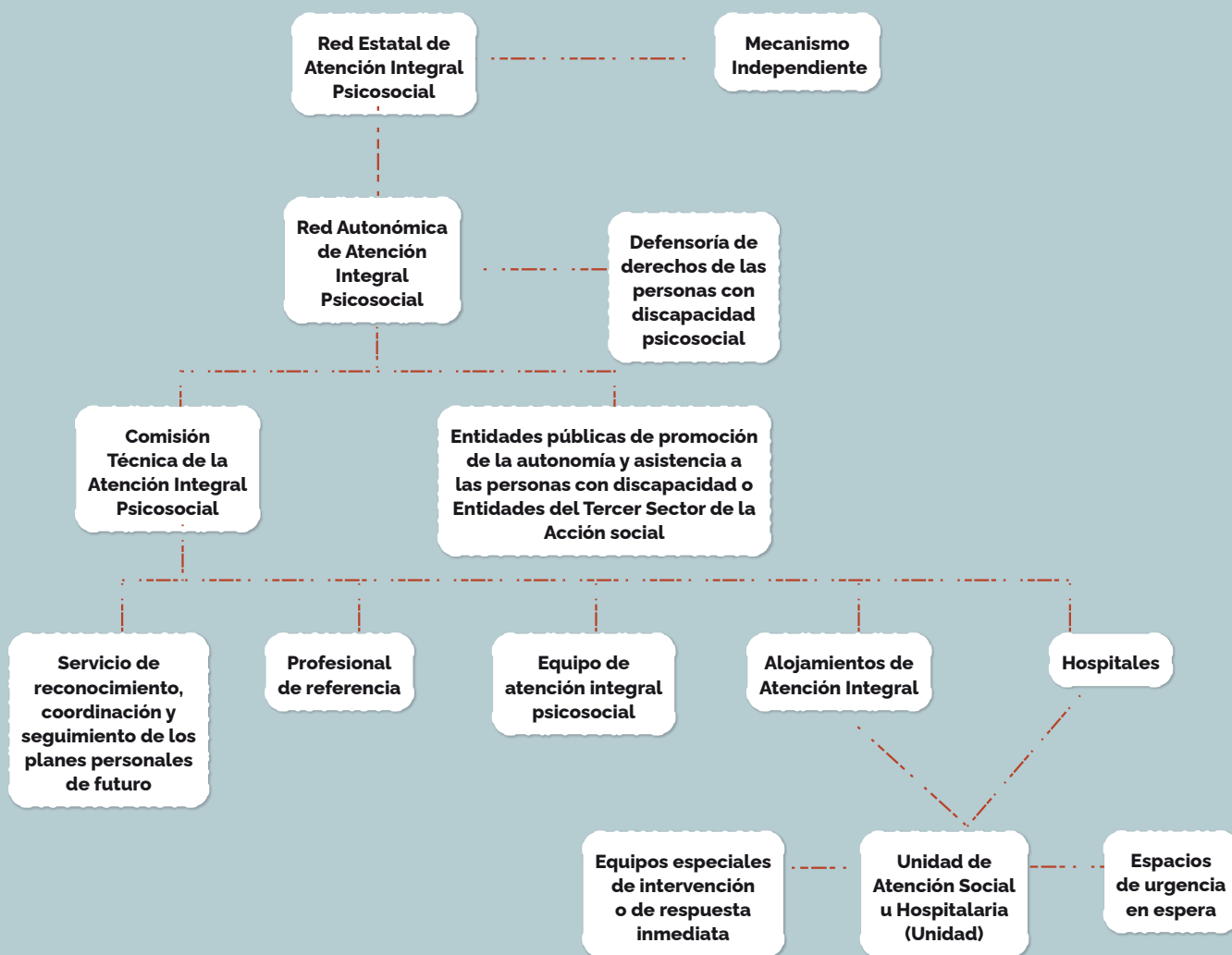
- Estarán presentes en los equipos multidisciplinares, en las unidades de atención social u hospitalaria, en los espacios de urgencia en espera y en los equipos especiales de intervención.
- **Equipos multidisciplinares:** las distintas unidades y servicios tendrán carácter multidisciplinar y su actuación se llevará a cabo sobre la base de la interdisciplinariedad.
  - **Proyecto de Vida o Plan Personal de Futuro:** proyección individual que realiza cada persona sobre todas las dimensiones que forman parte de su desarrollo personal y social. Incluye tanto sus metas como los apoyos informales de las personas de su entorno familiar y social, los apoyos existentes en su comunidad y los apoyos formales por los servicios sociales, los del sistema sanitario y los del resto de sistemas de protección públicos. Podrá hacer referencia, entre otras, a las siguientes áreas: |a| Residencial; |b| Formativa y laboral; |c| Ocio y tiempo libre; |d| Relaciones interpersonales; |e| Salud; |f| Legal; |g| Económica. Contendrá un plan de asistencia Integrado y un Documento de Instrucciones Previas.
  - **Plan de Asistencia Integrado:** es el instrumento técnico que, sobre la base del conocimiento del Proyecto de Vida de la persona, planifica y organiza la asistencia y los apoyos que sean precisos para que la persona pueda vivir de acuerdo a sus valores, deseos y preferencias en relación a todos aquellos aspectos que configuran la forma personal de entender el bienestar y abordar la propia vida. En el plan de asistencia deberá hacerse constar la voluntad de la persona en relación con la posibilidad de tratamiento y/o ingreso en circunstancias en las que no pueda expresarla personalmente. El plan de asistencia se incorporará a la Historia sociosanitaria.
  - **Documento de instrucciones previas:** documento que contiene la voluntad manifestada libre y anticipadamente por una persona mayor de 16 años sobre los cuidados y tratamientos de salud y/o, llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo y órganos. En él también se puede designar una o varias personas de confianza que actuarán como interlocutoras con el personal socio-sanitario para dar cumplimiento a la voluntad de la persona otorgante contenida en este documento.
  - **Personas de confianza:** Personas designadas por la usuaria del sistema de atención integral psicosocial para que la acompañe en las distintas actuaciones que integran el sistema. En particular, las personas de confianza actuarán como interlocutoras con el personal sociosanitario para dar cumplimiento a las instrucciones previas adoptadas por la persona otorgante. Deberán ser consultadas antes de adoptar una decisión sobre la atención integral de la otorgante cuando ésta no pueda recibir la información necesaria y expresar su voluntad. Las personas de confianza deberán tener en cuenta la trayectoria vital de la otorgante, sus preferencias, creencias y valores, así como los factores que ella hubiera tomado en consideración. Cuando existan varias personas de confianza y éstas no se pongan de acuerdo sobre la decisión, la autoridad judicial decidirá conforme al principio de la mejor interpretación de la voluntad y las preferencias de la persona. Lo mismo ocurrirá cuando se considere que las personas de confianza no respetan el canon de la trayectoria vital de la persona. La persona de confianza se diferencia de los apoyos en que el ámbito de su actuación se limita al proceso de decisión en el marco de la atención integral psicosocial.

- **Historia socio-sanitaria:** Conjunto de documentos sociosanitarios en los que se recoge toda la información de una persona que se va generando en los diferentes

procesos asistenciales y que estará sometida a las mismas normas de protección y confidencialidad que la Historia clínica.

La **infraestructura básica** del Sistema de Atención Integral Psicosocial está constituida por:

### Órganos del sistema de atención integral psicosocial



- **Red Autónoma de Atención Integral Psicosocial:** estará presidida por la Comisión Técnica de la Atención Integral Psicosocial, y formada, al menos, por las Unidades de Atención Social u Hospitalaria, el Servicio de reconocimiento, coordinación y seguimiento de los planes personales de futuro, los Centros y Viviendas Sociosanitarias, los Equipos especiales de intervención o de respuesta inmediata, los Equipos de Atención Integral Psicosocial y los profesionales de referencia.
  
- **Red Estatal de Atención Integral Psicosocial:** dependerá de los Ministerios competentes y tendrá como **competencias generales:**
  - a. La coordinación de la Atención Integral Psicosocial.
  - b. La elaboración de un catálogo de prestaciones esenciales.
  - c. La garantía de las condiciones básicas de igualdad, el contenido común y la no discriminación en la Atención Integral Psicosocial.
  - d. La garantía de la calidad y las buenas prácticas en la prestación de los servicios.
  - e. La formación e investigación.
  - f. La elaboración de estadísticas e indicadores.

En particular esta Red garantizará que las personas con derecho a la atención integral:

**I.** Utilicen los servicios en condiciones de igualdad y sin discriminación por razón de nacimiento, raza, sexo, orientación sexual, estado civil, situación familiar, discapacidad, ideología, creencia, opinión o cualquier otra

circunstancia personal o social o de sus padres, representantes legales o familia.

**II.** Reciban un trato acorde a la dignidad de la persona y al respeto de los derechos y libertades fundamentales, por parte de las personas implicadas en el servicio. **III.** Reciban una intervención personalizada acorde con sus necesidades específicas, para conseguir su desarrollo holístico. **IV.** Reciban información de manera ágil, suficiente, veraz y comprensible, entre la que se incluya específicamente, al menos, volúmenes y tiempos medios de espera para acceder a los distintos servicios así como indicadores objetivos de calidad de los mismos. **V.** Tengan asegurada la coherencia y el sentido holístico del proceso de intervención. **VI.** Tengan asegurada la confidencialidad, el sigilo y el respeto en relación a sus datos personales; **VII.** Puedan acceder a su expediente personal y obtener copia de la documentación contenida en el mismo.

- **Profesional de referencia:** procederá de los servicios sociales y tendrá las siguientes **funciones:** **|a|** Establecer con la persona usuaria una relación de apoyo, constituyendo para ella una figura de referencia, para la atención, canalización y resolución de sus problemas y demandas, y para la mediación en posibles conflictos en el entorno. **|b|** Facilitar la coordinación, ejecución y desarrollo de las actividades en las que participe la persona, adecuándolas a los objetivos previstos en su Plan Personal de Futuro y orientándola en beneficio de su desarrollo personal y social. **|c|** Apoyar el desarrollo del Plan Personal de Futuro y las actuaciones concretas que integren el mismo de cada persona usuaria asignada, llevar a cabo el seguimiento continuado de la persona y proponer cuando proceda, las adaptaciones pertinentes en dicho Plan. **|d|** Servir de enlace y referencia de la familia, en su caso. **|e|** Asegurar el puntual y completo registro

de las incidencias, datos y observaciones sobre la persona y su evolución, recopilar información sobre ella, incorporándola a los informes que hayan de ser elaborados sobre la evaluación y seguimiento del Plan Personal de Futuro, compartiendo con el resto del personal que corresponda la información disponible sobre aquella, y lo determinado en las sucesivas reuniones del equipo de atención directa. **|f|** Cuidar de que se incorporen al expediente de la persona todos los documentos y datos que deban ser recogidos en él, garantizando su ordenación y permanente puesta al día. **|g|** Responsabilizarse del funcionamiento y dinamización del grupo de convivencia en el que, como unidad funcional básica, se integran las personas que le hayan sido asignadas. **|h|** Informar a la persona de la posibilidad de elaborar instrucciones previas en las que se adopten decisiones sobre la eventualidad de una urgencia vital, promover su realización y, en su caso, colaborar con ella para registrarlas de acuerdo con el procedimiento establecido. Estas instrucciones, entre tanto se formalizan, quedarán reflejadas en el Plan de Asistencia.

- **Equipo de atención integral psicosocial:** estará integrado por profesionales de la salud mental, psicología, enfermería, terapia ocupacional y trabajo social, así como por representantes del grupo de pares. Colaborará con la persona en la elaboración del Plan de Asistencia y realizará las actuaciones propias del Sistema.
- **Entidades públicas de promoción de la autonomía y asistencia a las personas con discapacidad o Entidades del Tercer Sector de la Acción Social:** de ellas formarán parte los grupos de pares que intervendrán

en el apoyo cuando se trate de personas con discapacidad psicosocial.

- **Alojamientos de Atención Integral:** consistirán en centros y viviendas de carácter público o privado y estarán inspirados en el derecho a la vida independiente y a elegir una forma de vida. Su funcionamiento respetará los derechos de las personas usuarias del sistema de atención integral psicosocial. Entre los centros y viviendas deberá contarse con un número adecuado de plazas con medios adecuados para que las personas que no deseen o que no estén en situación de hacerlo en comunidad, puedan recibir tratamiento médico.
- **Espacios de urgencia en espera:** consistirán en centros y viviendas de carácter público o privado y estarán inspirados en el derecho a la vida independiente y a elegir una forma de vida.
- **Equipos especiales de intervención o de respuesta inmediata:** serán equipos móviles, de carácter multidisciplinar y con presencia de pares, que habrán de asistir en la prevención de estrategias de respuesta y desescalada en momentos en que una persona esté experimentando altos niveles de estrés o frustración y ansiedad intensa. También les corresponderá elaborar, conjuntamente con la persona usuaria de los servicios del sistema de atención integral, planes individualizados de respuesta a situaciones de crisis y colaborarán para el diseño de las instrucciones previas, en su caso, respetando en todo momento la voluntad y preferencias de la persona. El objetivo es que puedan intervenir en cualquier momento en situaciones de crisis y estén disponibles todos los días y en cualquier

horario. Se articulará un equipo por cada zona básica de salud.

— **Unidad de Atención Social u Hospitalaria**

**(Unidad):** estará compuesta por comisiones de Admisión/Tratamiento/Consentimiento en materia psicosocial. Evaluarán, en cada caso, consentimiento, necesidad y conveniencia del ingreso/tratamiento. Su composición será multidisciplinar, con presencia de entidad de discapacidad psicosocial y pares, una por cada zona básica de salud.

— **Comisión Técnica de la Atención Integral Psicosocial:**

es el órgano responsable en la Comunidad y la interlocutora con el Estado. Preside y coordina la Red Autonómica de Atención Integral Psicosocial y, formando parte de la Red Estatal de Atención Integral Psicosocial, colabora en su correcto funcionamiento. Además, sus **funciones** son:

- a. Prever e identificar situaciones de riesgo para el desarrollo holístico y armónico de las personas usuarias del sistema de atención integral psicosocial, así como establecer medidas para hacer desaparecer o eliminar al máximo posible las barreras que impidan o dificulten de forma significativa dicho desarrollo.
- b. Concienciar, informar y formar; así como impulsar la investigación en relación con la atención integral psicosocial. A estos efectos, potenciará la investigación y el conocimiento con la participación de las personas usuarias del sistema de atención integral psicosocial, desde una perspectiva interseccional.
- c. Elaborar programas para la prevención de afectaciones a la salud y el bienestar de niñas, niños y adolescentes, con especial énfasis en la detección temprana en los ámbitos escolar, familiar y social

de aspectos que podrían redundar negativamente en su bienestar psicoemocional. Los programas previstos deberán reducir al máximo el recurso a la medicalización y darán preferencia a programas de apoyo familiares y comunitarios.

- d. Financiar e implementar campañas de lucha contra el estigma.
- e. Inspeccionar y, en su caso, sancionar los incumplimientos que afecten a los requisitos, derechos y estándares de calidad por parte de los órganos de la Red Autonómica.
- f. Ocuparse de la coordinación general del funcionamiento del Sistema de Atención Integral Psicosocial.

En la Comisión Técnica de Atención al Desarrollo se garantizará la presencia de pares y de una representación específica de las personas usuarias de entidades representativas.

La Comisión Técnica de Atención al Desarrollo elaborará cada año un informe público del seguimiento, evaluación y valoración de las actuaciones desarrolladas por los diferentes equipos y unidades de la Red Autonómica, estableciendo conclusiones y propuestas de medidas concretas para la mejora del sistema.

— **Servicio de reconocimiento, coordinación y seguimiento de los planes personales de futuro:**

será el encargado del acompañamiento y seguimiento del Plan Personal de Futuro, supervisando el funcionamiento de las actuaciones realizadas por los diferentes equipos y unidades de la Red Autonómica. Además elaborará protocolos de coordinación y seguimiento, creará y actualizará el Registro de Centros y Servicios



y se ocupará del Registro de los Planes de Futuro en el ámbito provincial.

- **Defensoría de derechos de las personas con discapacidad psicosocial:** será un órgano autónomo e independiente en cada autonomía, de composición multidisciplinaria, con presencia de entidades de discapacidad psicosocial y que en su articulación político-institucional se relacionará con el sistema de justicia. Definirá protocolos de asistencia respetuosos con los intereses de las personas, familiares y profesionales, así como las normas de equidad ajustadas a situaciones relacionadas con los procesos ligados a la discapacidad psicosocial. Asimismo, informará en los ingresos y en las negativas de tratamiento. También elaborará dictámenes, recomendaciones e informes en materia de derechos de las personas con discapacidad psicosocial, y realizará seguimientos de ingresos (visitas de supervisión o seguimiento). Le corresponderá además el monitoreo de la temática en los medios de comunicación: denuncias por tratamientos estigmatizantes o campañas de difusión, entre otros. Finalmente, desarrollará actividades de capacitación y elaborará un informe anual.
- **Mecanismo independiente:** se creará un mecanismo independiente de supervisión del sistema de atención integral en el que participarán entidades representativas de las personas usuarias. Tendrá carácter estatal y velará por la garantía de los derechos de las personas usuarias del sistema de atención integral psicosocial.

### 2.3. La urgencia vital en el sistema de atención integral psicosocial

Todos los centros, servicios y establecimientos del Sistema de Atención Integral Psicosocial

respetarán las decisiones adoptadas por las personas usuarias sobre su bienestar y salud, una vez que éstas hayan valorado la situación habiendo recibido la información adecuada, de manera accesible y con los ajustes y apoyos que puedan precisar para su comprensión.

Se entiende por **urgencia vital** aquella situación excepcional o extraordinaria y puntual de las personas que puede requerir de una actuación inmediata, al implicar riesgo inminente para su vida o integridad personal.

La urgencia vital debe ser abordada y atendida desde un enfoque de derechos humanos, con perspectiva de interseccionalidad, en el marco de la atención comunitaria, y sin estigmatización ni discriminación por motivo de discapacidad.

Cuando sea preciso, el sistema de atención integral ofrecerá a la persona en situación de urgencia vital respuestas y cuidados interdisciplinarios, incluyendo el soporte emocional y las estrategias para revertirla.

En situaciones de urgencia vital, ante la imposibilidad de permanencia en el domicilio y la necesidad de acceder a otras formas alternativas de convivencia, la atención integral de las personas podrá requerir temporalmente de su ingreso en un alojamiento de atención integral o en un centro sanitario general.

Ni la discapacidad psicosocial, ni situaciones vinculadas, como tampoco el haber pasado por una situación de internamiento o ingreso, pueden ser motivo que justifique el ingreso por urgencia vital.

En los casos en los que una situación de urgencia vital requiera de un tratamiento o ingreso y no sea posible obtener el consentimiento libre e informado de la persona por ningún modo, medio y/o formato adecuado, y los sistemas

de apoyos o personas de confianza resulten ineficaces, podrá realizarse el tratamiento o el ingreso, siempre que se cumplan las exigencias que se detallan más adelante y que exigen respetar la trayectoria vital de la persona.

En casos de urgencia vital, mientras se evalúa la situación del consentimiento y los apoyos, se podrá tratar a la persona para mantener a salvo su vida o integridad personal, siempre y cuando no haya alternativas al tratamiento menos gravosas, quepa esperar razonablemente que la medida será eficaz, y no resulte una medida excesiva desde el punto de vista del daño grave que pretende evitarse.

Cualquier persona que detecte una situación de urgencia vital susceptible de ser abordada en el marco de la atención integral psicosocial, debe solicitar la actuación de los equipos especiales de intervención o de respuesta inmediata. Esta intervención ha de ser requerida por las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado si han recibido un aviso que implique una situación de esta naturaleza.

Si los equipos de intervención inmediata no pueden hacer desaparecer la urgencia vital, se pondrán en contacto con la Unidad de Atención Social u Hospitalaria para determinar la conveniencia del ingreso.

En el caso de que la persona en situación de urgencia vital no se encuentre en un alojamiento con espacio de urgencias en espera, la Unidad acordará su traslado a uno que sí cuente con dicho espacio.

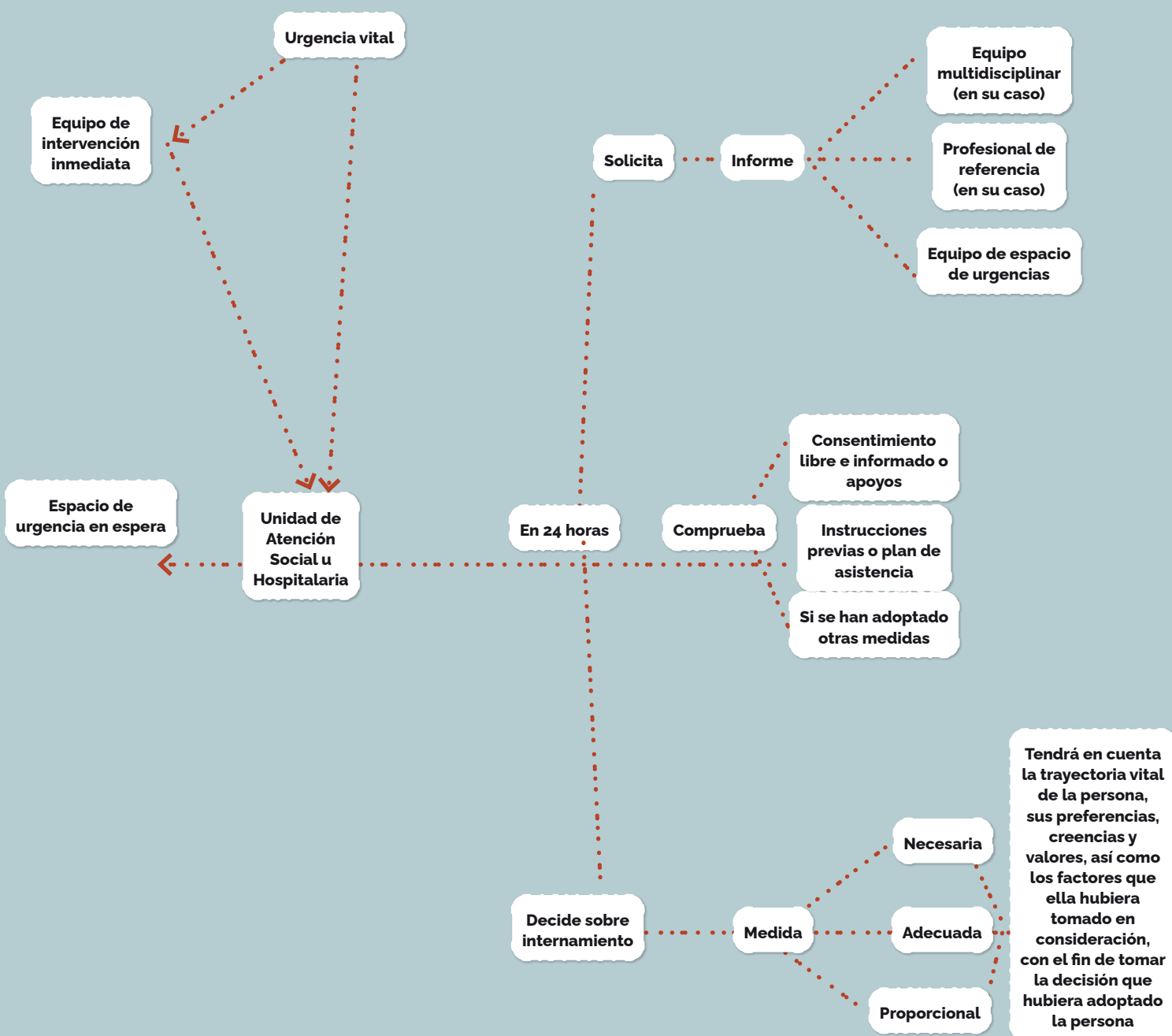
Durante un **plazo máximo de 24 horas** corresponde a la Unidad:

1. Si la persona fuera usuaria del sistema de atención integral, solicitar informe al equipo multidisciplinar y a la persona profesional de referencia y, en todo caso, al equipo del espacio de urgencias.
2. Comprobar si es posible conocer/determinar la voluntad de la persona y contar con su consentimiento libre e informado mediante cualquier medio, modo o formato adecuado, facilitando en su caso los apoyos que hayan sido establecidos. Si la persona no cuenta con apoyos, serán proporcionados los que se requieran para garantizar su consentimiento informado.
3. Comprobar si la persona cuenta con instrucciones previas sobre las medidas a adoptar o si existe un plan de asistencia.
4. Comprobar si se han adoptado otras medidas.

En el caso de que no fuera posible obtener el consentimiento libre e informado de la persona, durante un plazo máximo de 24 horas la Unidad decidirá sobre la medida a adoptar, incluida la necesidad de solicitar ingreso a la autoridad judicial.

La medida adoptada por la Unidad ha de ser necesaria, adecuada y proporcional. Se deberá justificar: (I) que no hay alternativas menos gravosas; (II) que cabe esperar razonablemente que la medida será eficaz desde el punto de vista de los resultados que se quieren conseguir; y (III) que no resulta una medida excesiva desde el punto de vista del daño grave que pretende evitarse.

## Actuación de la Unidad de Atención Social u Hospitalaria en relación con la urgencia vital



Las intervenciones del equipo y de la Unidad y, en su caso, el traslado de la persona al espacio de urgencias y su motivación, deben ser adecuadamente documentados y registrados.

En su decisión sobre la medida a adoptar, la Unidad tendrá en cuenta lo siguiente:

- A. Si la Unidad considera que **no hay situación de urgencia vital** o decide adoptar medidas alternativas al ingreso que puedan resultar adecuadas, la decisión será comunicada a la Comisión Técnica, a la Defensoría de derechos de las personas con discapacidad psicosocial y a la persona profesional de referencia.
- B. Si la Unidad constata la existencia de una **situación de urgencia vital** y el **ingreso** resulta una **medida necesaria, adecuada y proporcional**, la actuación a seguir depende de la posibilidad de determinar la voluntad de la persona y del sentido de esta voluntad.

- B.1.** Si la persona no da su consentimiento para el ingreso y la Unidad entiende que se está frente a una situación en la que es posible obtener el consentimiento libre e informado, ya sea por cualquier medio, modo o formato adecuado, o en su caso con los apoyos establecidos o proporcionados, no procederá el ingreso. Tampoco procederá si la persona ha dejado constancia en instrucciones previas de que no consiente el ingreso.

En este supuesto, la decisión de la Unidad será notificada a la Comisión Técnica, a la Defensoría de derechos de las personas con discapacidad psicosocial, a la profesional de referencia y a la autoridad judicial. Si existiera un documento de instrucciones previas

contrario a esta declaración de voluntad se seguirá el procedimiento establecido para su modificación.

- B.2.** Si la persona da su consentimiento, con los apoyos que en su caso se requieran, la posibilidad de ingreso está contemplada de forma fehaciente en el plan de asistencia o existe documento de instrucciones previas en el que haya autorizado previamente el ingreso, este podrá llevarse a cabo. En caso de existir discrepancia entre el consentimiento libre e informado actual y lo dispuesto en instrucciones previas, deberá atenderse a la decisión actual, toda vez que las instrucciones previas sólo surten efecto para el caso de que la persona no pueda expresar su consentimiento libre e informado. La decisión y el ingreso se comunicarán a la autoridad judicial, a la Comisión Técnica, a la Defensoría de derechos de las personas con discapacidad psicosocial y a la persona profesional de referencia.
- B.3.** Si la Unidad considera que la persona se encuentra en una situación en la que **no puede obtenerse su consentimiento libre e informado** ni con las medidas de apoyo, **no existiera un documento de instrucciones previas** autorizando el ingreso y no existiera un plan de asistencia que contemplase la posibilidad de ingreso, se recabará la **opinión de la persona de confianza** que hubiera sido designada por la persona en situación de urgencia vital y, en su defecto, de su cónyuge, o quien se encuentre en una situación de hecho asimilable, siempre que convivan con la persona que precisa el apoyo; de no existir, del hijo/a o, en su defecto, descendiente que conviviera con la

persona; y en última instancia, del progenitor/a o, en su defecto, ascendiente que conviva con la persona. La persona cuya opinión se recabe a estos efectos tendrá en cuenta la trayectoria vital de la persona con discapacidad, sus preferencias, creencias y valores, así como los factores que ella hubiera tomado en consideración, con el fin de tomar la decisión que hubiera adoptado la persona en caso de estar una situación en la que pudiese emitir un consentimiento válido.

**B.3.1.** Si la persona designada **autoriza el ingreso** este podrá llevarse a cabo. La decisión y el ingreso se comunicarán a la Comisión Técnica, a la Defensoría de derechos de las personas con discapacidad psicosocial, a la persona profesional de referencia y a la autoridad judicial.

**B.3.2.** Si la persona designada **no autoriza el ingreso**, la decisión de la Unidad no propondrá el ingreso. Esta decisión será notificada a la Comisión Técnica, a la Defensoría de derechos de las personas con discapacidad psicosocial, a la persona profesional de referencia y a la autoridad judicial.

**B.4.** Si la Unidad considera que la persona se encuentra en una situación en la que **no puede obtenerse su consentimiento** libre e informado, ni siquiera con las medidas de apoyo, y que **no existe un documento de instrucciones previas** autorizando el ingreso, ni un plan de asistencia que contemple la posibilidad del mismo **ni tampoco una persona cercana**

que pueda ser consultada a estos efectos, deberá solicitar el ingreso a la **autoridad judicial**. Esta deberá responder en un plazo de 48 horas en un procedimiento preferente con intervención del Ministerio Fiscal y en el que también podrán intervenir las asociaciones representativas de los intereses de las personas usuarias de los servicios de Atención Integral para la discapacidad psicosocial.

La persona, que permanecerá en el espacio de urgencias en espera, contará con asistencia jurídica especializada y deberá ser oída en el procedimiento con el fin de obtener la mejor interpretación posible de su voluntad y preferencias. La autoridad judicial recabará los informes del profesional de referencia y del equipo del espacio de urgencias en espera.

**B.4.1.** Si la autoridad judicial **no autoriza el ingreso**, este no se llevará a cabo. La decisión se comunicará a la Comisión Técnica, a la Defensoría y a la persona profesional de referencia. Si la persona lo desea, permanecerá o pasará a ser usuaria del Servicio de Atención Integral.

**B.4.2.** Si la autoridad judicial **autoriza el ingreso**, este se llevará a cabo en un alojamiento social siempre que sea adecuado para facilitar la atención requerida, de otro modo, el ingreso se realizará en un centro sanitario. La decisión se comunicará a la Comisión Técnica, a la Defensoría y a la persona profesional de referencia, a la persona de confianza o a la

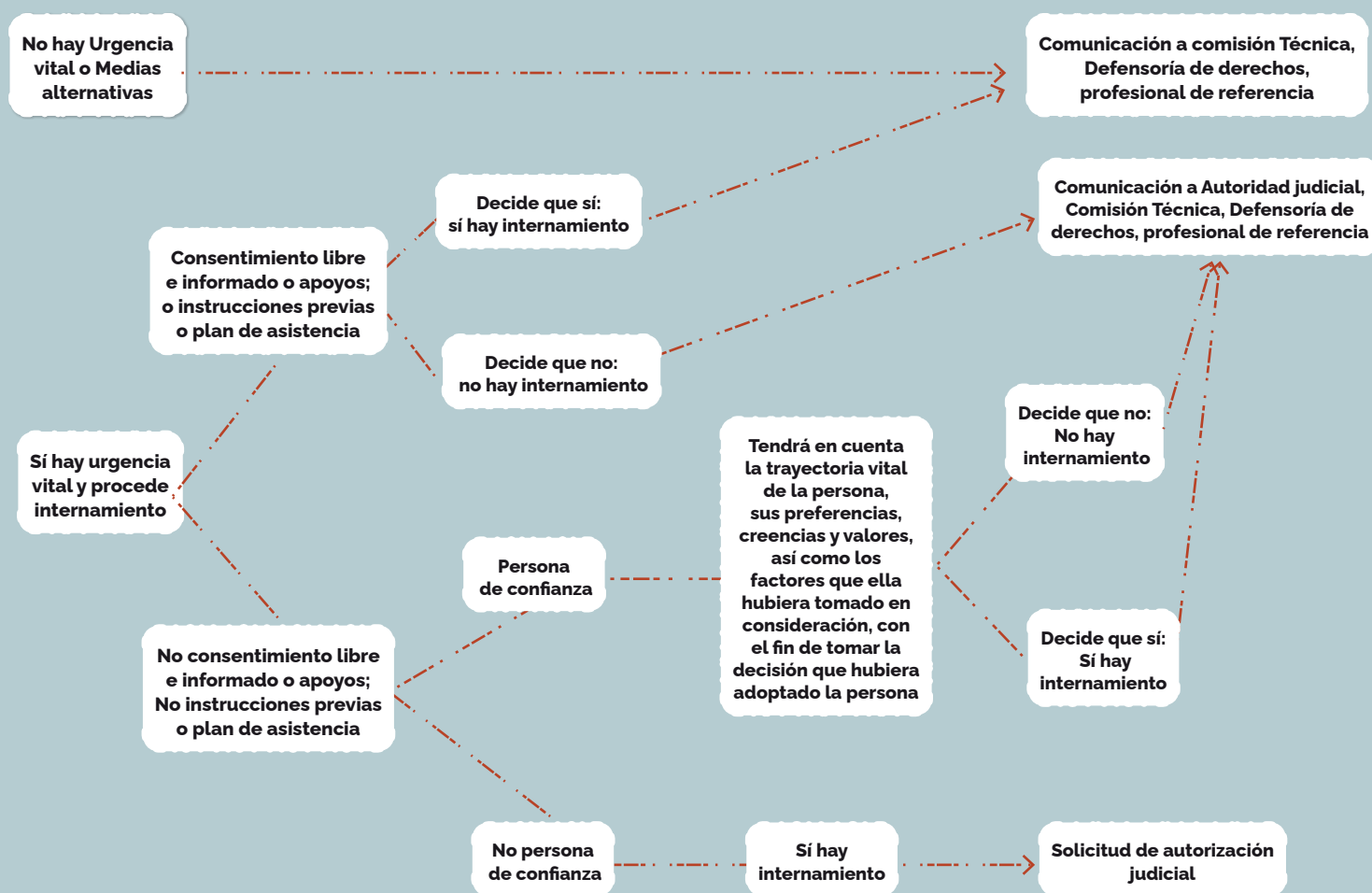
persona que hubiera sido llamada para decidir.

La autoridad judicial, en la resolución en la que autoriza el ingreso, y atendiendo al principio de proporcionalidad, debe hacer constar el plazo, que no puede exceder 7 días, en que la Unidad debe informar sobre la situación de la persona internada, a fin de revisar la necesidad de la medida. La decisión sobre la finalización o continuidad de la medida será adoptada después de escuchar a la persona, a la persona de confianza o persona cuya opinión se recabe a

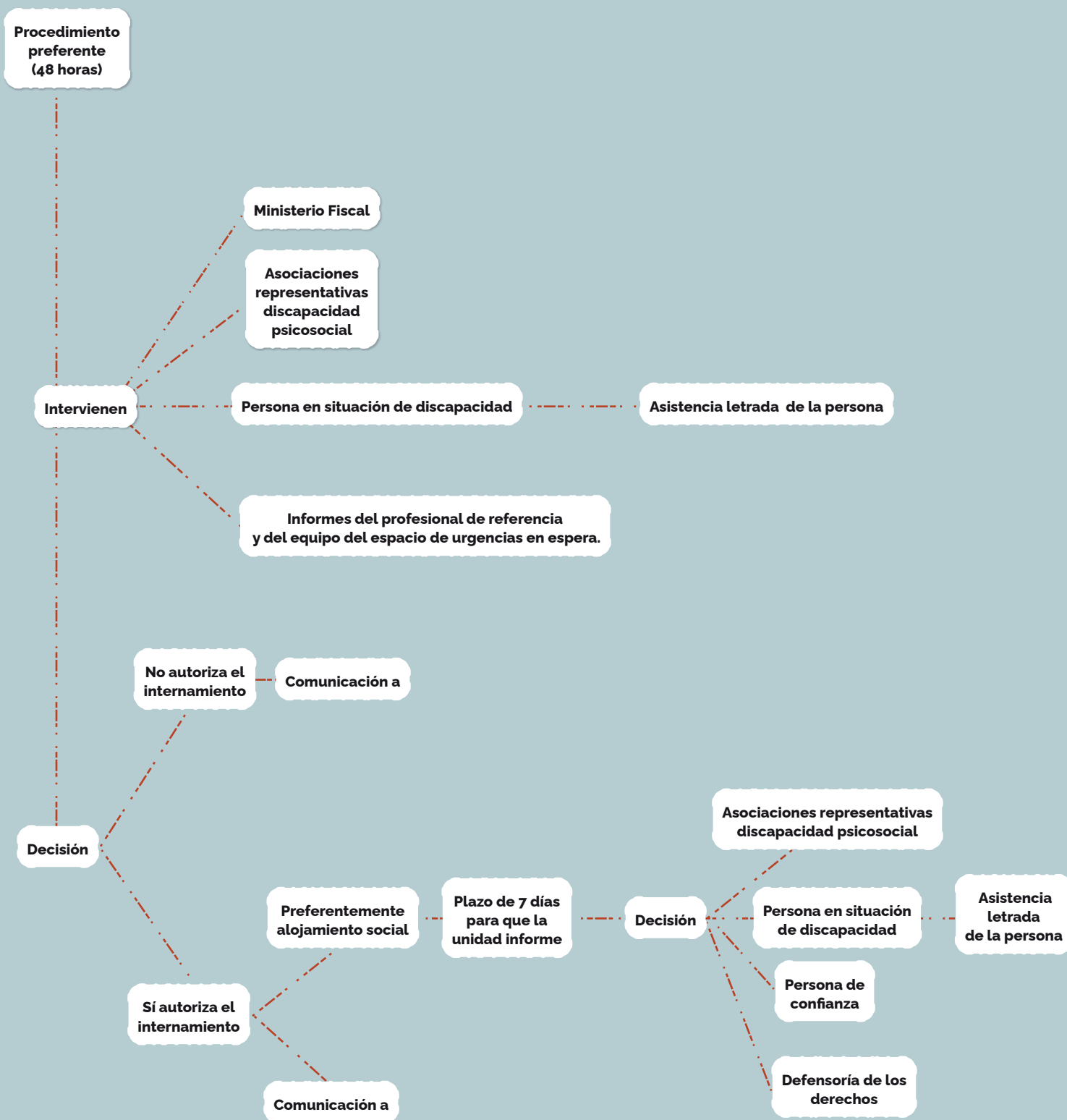
estos efectos, además de a estas, a la Defensoría de derechos de la persona con discapacidad psicosocial y a la persona profesional de referencia. Se escuchará también a las organizaciones representativas de los intereses de las personas usuarias de los servicios de atención integral, en el caso en el que hayan intervenido en el procedimiento o a requerimiento de la persona y siempre con su consentimiento.

Las decisiones judiciales son susceptibles de recurso conforme a la normativa procesal.

### Decisión de la Unidad de Atención Social u Hospitalaria en relación con la urgencia vital



## Actuación de la Autoridad Judicial en relación con la solicitud de ingreso



### Disposiciones comunes:

- Si la persona no da su consentimiento para el ingreso, y siempre que lo desee, permanecerá o pasará a ser usuaria del Servicio de Atención Integral. Asimismo, una vez que el ingreso finalice, la persona, si lo desea, permanecerá o pasará a ser usuaria del Servicio de Atención Integral.
- Cuando exista disparidad manifiesta entre la persona y quien la apoya en la toma de decisiones, se pondrá en conocimiento de la autoridad judicial para que se designe un defensor judicial.
- En los casos en los que no pueda obtenerse el consentimiento libre e informado, y cualquiera de los intervinientes en el proceso consideren que la decisión tomada es contraria a la voluntad y preferencias de la persona, se deberán poner los hechos en conocimiento de la Comisión Técnica, de la Defensoría de derechos de las personas con discapacidad psicosocial y de la autoridad judicial para que, en su caso, adopte las medidas cautelares necesarias para salvaguardar los derechos de la persona en situación de urgencia vital.
- En los espacios de urgencias en espera, durante la actuación de la Unidad, se establecerán las medidas de seguridad imprescindibles para salvaguardar la vida y la integridad de la persona. Estas medidas pueden implicar la administración de tratamientos sanitarios de emergencias. Las medidas adoptadas, debidamente motivadas, serán registradas y de ellas se dará cuenta a la Defensoría de derechos de las personas con discapacidad psicosocial, a la persona profesional de referencia y a la persona de confianza o persona designada para decidir. Asimismo, serán notificadas a la autoridad judicial.
- Cuando la situación de urgencia vital así lo requiera, se solicitará el auxilio de las Fuerzas de Seguridad, que deberán siempre actuar conforme a los principios y derechos antes enunciados.
- En los casos en los que habiéndose seguido este procedimiento, el resultado del mismo sea el no ingreso, el Sistema de Atención Integral Psicosocial no será responsable de las consecuencias que sobre la persona en cuestión puedan derivarse de esa decisión.
- Todas las personas profesionales de los servicios y los miembros de las fuerzas de seguridad deberán estar adecuadamente capacitadas en atención sociosanitaria y derechos humanos.
- Las personas en el ámbito de los ingresos tienen **derecho a que se respeten sus derechos humanos y libertades fundamentales**, con garantía plena de su dignidad e intimidad. Se prestará una especial atención a los siguientes derechos:
  - A **su integridad personal**.
  - A **recibir información previa de manera accesible** y que le resulte comprensible en relación con su proceso y con cualquier intervención que les afecte.
  - A **designar a una persona** de su confianza para que la acompañe en el proceso, reciba información y exprese su opinión sobre las distintas medidas a adoptar en caso de que ellas mismas no puedan hacerlo.
  - A **elegir de forma autónoma** entre las distintas prestaciones, intervenciones y servicios sociales y sanitarios, para negarse a recibir un procedimiento diagnóstico, pronóstico o terapéutico, así como para poder en todo momento revocar una decisión anterior.



- Al **consentimiento informado**. Toda intervención requerirá el consentimiento informado previo de la persona implicada. Este consentimiento podrá ser revocado en cualquier momento.
- A los **apoyos**. La persona contará con los apoyos necesarios para la toma de decisiones. Si existen medidas de apoyo formales o informales que se estén aplicando eficazmente se deberá garantizar su efectividad y la inexistencia de conflictos de interés o influencia indebida. Si se trata de apoyos con funciones representativas en el ámbito de la salud, el titular de la medida deberá tener en cuenta la trayectoria vital de la persona, sus preferencias, creencias y valores, así como los factores que ella hubiera tomado en consideración, con el fin de tomar la decisión que habría adoptado la persona en caso de no requerir representación. Cuando esto no sea posible, la decisión deberá ser la menos restrictiva para sus derechos. Si estas medidas no existen, la persona deberá recibir los apoyos que precise para desarrollar su propio proceso de decisión en igualdad de condiciones con las demás personas. Si el apoyo debe brindarse de modo urgente, se prestará de modo provisional por la entidad pública que en el respectivo territorio tenga encomendada esta función y se dará conocimiento de la situación al Ministerio Fiscal en el plazo de veinticuatro horas. La persona de confianza se diferencia de los apoyos en que el ámbito de su actuación se limita al proceso de decisión en el marco de la atención integral psicosocial.
- A que su situación sea **reexaminada periódicamente**.
- A ser **puntualmente informadas**, verbalmente y por escrito, y en todo caso siempre de manera accesible y

comprensible, de sus derechos, procedimiento de quejas, de los posibles recursos o acciones que pueden interponer, de las razones que han motivado la decisión y de los criterios aplicados para una eventual prolongación o interrupción del ingreso.

- A la **asistencia letrada**.
- A preservar su **privacidad e intimidad**, en especial en relación con la información personal registrada por las instituciones, de la que debe estar garantizada su confidencialidad. Las restricciones a las comunicaciones y visitas o los límites a la intimidad y privacidad deberán justificarse bajo criterios estrictos de necesidad, adecuación y proporcionalidad en relación con el objetivo del mantenimiento de la persona en el espacio de espera o del ingreso. Cualquier restricción deberá ser registrada y comunicada a la Defensoría, a la profesional de referencia, a la persona de confianza o persona que fuera designada para decidir y, asimismo, ponerse en conocimiento de la autoridad judicial.

#### 2.4. Ingresos por comportamientos o conductas susceptibles de constituir un ilícito penal

El **ingreso involuntario en vía civil** de personas con discapacidad psicosocial con fines únicamente preventivos fundamentado en un potencial peligro genérico para terceras personas es sumamente problemático, en tanto refuerza el mito de que estas personas son sujetos potencialmente peligrosos fomentando prejuicios y estereotipos que perpetúan su estigmatización.

El respeto al **principio de igualdad y no discriminación** exige que los comportamientos que podrían dar lugar a una intervención sean, al igual que sucede con la población en general,

únicamente aquellas conductas susceptibles de integrar presuntamente un ilícito contemplado en el Código Penal o un supuesto en los que se justifica una actuación preventiva de acuerdo con la Ley Orgánica 4/2015, de 30 de marzo, de protección de la seguridad ciudadana y que los canales de intervención sean, asimismo, los habitualmente empleados para toda la ciudadanía. Ahora bien, este principio exige también que **la respuesta penal se adapte** arbitrándose los ajustes pertinentes en función de la situación de discapacidad. La pretensión de estos ajustes ha de consistir, en el caso de personas con discapacidad psicosocial, en dar entrada, lo más temprano posible, a mecanismos de desviación del sistema penal, teniendo en cuenta el impacto especialmente perjudicial que puede tener para este colectivo su contacto con el medio penitenciario y las actuales condiciones de este medio, a través de la activación de los dispositivos del Sistema de Atención Integral Psicosocial.

Esta aproximación exige el establecimiento de cambios relevantes en la legislación penal sustantiva y procesal. Si bien esta cuestión no es el objeto principal de la presente propuesta, consideramos importante apuntar algunas de estas adaptaciones, teniendo en cuenta, además, que en estos momentos se está debatiendo el proyecto de nueva Ley de Enjuiciamiento Criminal que podría ser una oportunidad para habilitar estos mecanismos de desviación.

En primer lugar, en cuanto existan indicios suficientes para creer que una persona involucrada en un hecho que presente los caracteres de delito tiene una discapacidad psicosocial se solicitará la presencia de los equipos de intervención psicosocial. Si la detención resulta imprescindible, de acuerdo con lo señalado en el artículo 73 del proyecto citado, se adoptarán las medidas de adecuación que resulten precisas atendiendo a las circunstancias de

la discapacidad y la persona tendrá derecho a estar acompañada por una persona de su confianza.

Los lugares de detención contarán con un espacio de urgencias en espera, se recabará la información que, en su caso, pueda existir de la persona en el sistema de atención psicosocial y se solicitará la evaluación de su situación por parte del equipo interdisciplinar que deberá, además, pronunciarse sobre si concurre una situación de urgencia vital, supuesto en el que deberá arbitrarse el procedimiento para determinar la necesidad de un ingreso involuntario a los efectos únicamente de abordar esta situación.

Si no existe urgencia vital o una vez abordada esta situación, se seguirán los cauces establecidos en la legislación penal. En todo caso, durante la tramitación del procedimiento se podrán a disposición de la persona todos los servicios del sistema de atención integral psicosocial para brindarle la asistencia precisa y se arbitrarán todos los ajustes de procedimiento que resulten pertinentes, incluida la asistencia de un profesional facilitador y medidas de apoyo en la toma de decisiones para que la persona pueda ejercitar efectivamente su derecho de defensa.

Sin perjuicio del derecho de la persona a participar en el proceso penal con todas las garantías, el sistema penal en estrecha colaboración con el sistema de atención integral psicosocial y con el sistema general de servicios sociales deberá articular una **respuesta diferenciada en atención a las circunstancias de la persona y a las condiciones actuales del sistema penitenciario**, que pueden suponer un perjuicio adicional en situaciones de discapacidad psicosocial. El objetivo es que estas personas no entren en los dispositivos penitenciarios, sino que pueda darse una respuesta más resocializadora desde

su apoyo en la comunidad con la actuación del sistema de atención integral.

En este sentido, en estas situaciones deberían establecerse esquemas de justicia restaurativa y, en especial, de mecanismos de mediación penal diseñados de forma inclusiva de conformidad con los estándares de la Convención.<sup>18</sup>

En situaciones de imputabilidad, sería necesario revisar, perfeccionar y diversificar las medidas alternativas a la privación de libertad contempladas en la legislación penal vigente y fomentar su aplicación en situaciones de discapacidad psicosocial estableciendo mecanismos que potencien su concesión con la inclusión de normas específicas que señalen su preferencia frente al encarcelamiento cuando éste no sea necesario para prevenir la comisión de futuros delitos. Asimismo, resulta necesaria la adaptación del régimen actual de la suspensión-sustitución de las penas privativas de libertad. En todo caso, sería pertinente la reforma del art. 80.2 del Código Penal para contemplar la posibilidad de suspensión de la pena, sin necesidad de cumplir los requisitos establecidos en los demás supuestos, en el caso de personas con discapacidad, incluidas personas con discapacidad psicosocial, cuya situación sea incompatible con la estancia en prisión al implicar la discapacidad un sufrimiento adicional en condiciones de reclusión.

En caso de inimputabilidad, las causas de esta, su regulación en la normativa y su aplicación en la práctica, deben ser revisadas desde el **enfoque de derechos**, el **principio de no discriminación** y el **modelo social**. De acuerdo

con esta visión, parece conveniente redefinir en términos no estigmatizantes y más neutrales las causas de inimputabilidad eliminando las referencias a las anomalías y los trastornos y centrando la regulación en las dificultades para comprender la ilicitud del hecho y actuar conforme a esa comprensión.<sup>19</sup> Igualmente, urge encontrar **nuevos criterios de legitimación e individualización** de las consecuencias jurídicas diferenciadas que cabe imponer a las personas con discapacidad que, en efecto, cometen un delito en una situación de inimputabilidad abandonando categorías jurídicas como la peligrosidad y el ingreso «cerrado» que responden a un sistema penal discriminatorio y a un enfoque médico e incluso de la prescindencia totalmente enfrentado al modelo de la Convención. Por tanto, debe abandonarse la apelación a la idea de peligrosidad como fundamento de las medidas de seguridad y ponerse el foco en las necesidades de apoyo y atención de acuerdo con el objetivo de la resocialización que adquiere todavía más sentido en la aplicación de estas medidas en comparación con las penas. En todo caso, estas necesidades asistenciales tendrán que combinarse de manera apropiada con la finalidad preventiva y asegurativa que, ciertamente, también cabe predicar de estas medidas.

Teniendo en cuenta estos parámetros, y al igual que se señaló en el caso de las penas alternativas, debe afinarse el catálogo de medidas de seguridad no privativas de libertad a luz de los parámetros de la Convención dando entrada en su diseño al sistema de atención integral psicosocial y otorgando prioridad al tratamiento y a la supervisión o acompañamiento en la

18. En este punto la accesibilidad, los ajustes y los apoyos en la toma de decisiones resultarían cruciales.

19. Y todo ello sin renunciar a abrir el debate al que antes se aludió y al que anima la Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas acerca de cómo encajar la evaluación de la responsabilidad criminal de las personas con discapacidad con las exigencias del art. 12 de la Convención y sobre la posibilidad de reconducir las actuales causas de inimputabilidad a otros supuestos penales más generales como el error de hecho, el error de prohibición o la coacción.

comunidad. Asimismo, resulta necesario potenciar la aplicación de la medida de participación en programas formativos, laborales, culturales, de educación sexual u otros similares.

La idea fuerza que debe presidir la revisión de la regulación y aplicación de las medidas de seguridad es su conversión en una respuesta proporcionada y más favorable teniendo en cuenta la diferente situación de las personas con discapacidad (y sin discapacidad) que cometen un delito en una situación de inimputabilidad. Para lograr este objetivo, serían necesarias también otras reformas que agilizaran los procesos de revisión de las medidas, garantizaran su efectividad y evitaran el sometimiento de las personas inimputables a condiciones de vida más restrictivas que en el caso de las personas penadas. En estas circunstancias, ciertamente, puede ser adecuado potenciar el recurso a la aplicación de medidas de seguridad frente a la aplicación de penas. Ciertamente, no se

trata de crear espacios de impunidad sino de **diseñar respuestas adecuadas que respeten la dignidad de la persona afectada y potencien su resocialización, evitando la comisión de nuevos delitos.**<sup>20</sup>

En todo caso, deberían arbitrarse mecanismos de comunicación permanente y eficaz entre la Administración de Justicia, Administración Penitenciaria, Servicios sociales y sanitarios de las Comunidades Autónomas, y, en especial con el sistema de atención integral psicosocial y el Tercer sector creándose equipos de apoyo a los juzgados de lo penal capaces de reunir la información pertinente acerca de la persona afectada y acerca de los dispositivos y servicios disponibles para el cumplimiento de la medida de seguridad o de la pena de manera coordinada e interdisciplinaria apoyando a los tribunales en la búsqueda y localización del recurso más adecuado.

---

20. Como se señala en ARARTEKO, *La atención sociosanitaria a la salud mental de las personas privadas de libertad en la CAV*, cit., p. 86 de lo que se trata es de crear un sistema coherente e integral «que, sin perjuicio de hacer cumplir los fines de la pena y de las medidas de seguridad, aproveche al máximo, al servicio de la reinserción, las potencialidades y sinergias que ofrecen nuestros sistemas de salud y protección social y los recursos de la sociedad civil organizada».

### 3. Propuestas normativas





### 3.1. Supresión del artículo 763 de la ley 1/2000, de 7 de enero, de enjuiciamiento civil

### 3.2. Incorporación a la ley 15/2015, de 2 de julio de la jurisdicción voluntaria de un capítulo sobre «ingresos y tratamientos de personas en situación de urgencia vital en el marco de la atención integral psicosocial»

#### *Capítulo sobre ingresos y tratamientos de personas en situación de urgencia vital en el marco de la atención integral psicosocial*

- **Art. 1.** Cuando sea solicitada la autorización judicial para un ingreso o tratamiento de una persona en situación de urgencia vital en el marco del sistema de atención integral psicosocial, se seguirán los trámites previstos en este capítulo.
- **Art. 2.** Será competente para conocer de este expediente el Juzgado de Primera Instancia del lugar donde resida la persona con discapacidad.
- **Art. 3.** El expediente se iniciará con la solicitud emitida por una Unidad de Atención Social u Hospitalaria del sistema de Atención Integral psicosocial.
- **Art. 4.** En la tramitación del expediente intervendrá el Ministerio Fiscal, la persona en situación de urgencia vital con asistencia letrada y, en su caso, las asociaciones representativas de los intereses de las personas usuarias de los servicios de Atención Integral para la discapacidad psicosocial. La autoridad judicial competente recabará los informes del profesional de referencia y del equipo del espacio de urgencias en espera.
- **Art. 5.** La autoridad judicial competente deberá resolver el expediente en un plazo de 48 horas desde la presentación de la solicitud.
- **Art. 6.** Durante la tramitación del expediente, la persona en situación de urgencia vital permanecerá en un espacio de urgencias en espera del sistema de atención integral psicosocial, en el que contará con asistencia jurídica especializada.
- **Art. 7.** Si la autoridad judicial competente no autoriza el ingreso, este no se llevará a cabo. La decisión se comunicará a la Comisión Técnica de la Atención Integral Psicosocial, a la Defensoría de derechos de la persona con discapacidad psicosocial, a la persona profesional de referencia. Si la persona en situación de urgencia vital lo desea, permanecerá o pasará a ser usuaria del Servicio de Atención Integral Psicosocial.
- **Art. 8.** Si la autoridad judicial competente autoriza el ingreso, deberá indicar, previa consulta con la unidad de atención social u hospitalaria del sistema de atención integral psicosocial, el centro en el que se

llevará a cabo que será, preferentemente, un alojamiento social del sistema de atención integral psicosocial, siempre que sea adecuado para facilitar la atención requerida; de otro modo, el ingreso se realizará en un centro sanitario. La decisión se comunicará a la Comisión Técnica de la Atención Integral Psicosocial, a la Defensoría de derechos de la persona con discapacidad psicosocial, a la persona profesional de referencia, a la persona de confianza o a la persona que hubiera sido llamada para decidir.

- **Art. 9.** La autoridad judicial competente, en la resolución en la que autoriza el ingreso, y atendiendo al principio de proporcionalidad, debe hacer constar el plazo, que no puede exceder 7 días, en que la Unidad de Atención Social u Hospitalaria debe informar sobre la situación de la persona internada, a fin de revisar la necesidad de la medida. La decisión sobre la finalización o continuidad de la medida será adoptada después de escuchar a la persona con discapacidad psicosocial, a la persona de confianza o persona cuya opinión se recabe a estos efectos, a la Defensoría de derechos de la persona con discapacidad psicosocial y a la persona profesional de referencia. Se escuchará también a las organizaciones representativas de los intereses de las personas usuarias de los servicios de atención integral psicosocial, en el caso en el que hayan intervenido en el procedimiento o a requerimiento de la persona y siempre con su consentimiento.
- **Art. 10.** La decisión por la que se resuelve el expediente podrá ser recurrida conforme a la normativa procesal.

### 3.3. Incorporación de definiciones en el artículo 2 del real decreto legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la ley general de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social

#### *Definiciones (para añadir al art. 2 de la Ley)*

- **Grupos de pares:** Personas con experiencia propia en el ámbito de la discapacidad psicosocial que contribuyen a poner a la persona usuaria del sistema de atención integral psicosocial en el centro de la actuación de las instituciones y de las intervenciones profesionales. Estarán presentes en los equipos multidisciplinares, en las unidades de atención social u hospitalaria, en los espacios de urgencia en espera y en los equipos especiales de intervención.
- **Proyecto de Vida o Plan Personal de Futuro:** Proyección individual que realiza cada persona sobre todas las dimensiones que forman parte de su desarrollo personal y social. Incluye tanto sus metas como los apoyos informales de las personas de su entorno familiar y social, los apoyos existentes en su comunidad y los apoyos formales de los servicios sociales, los del sistema sanitario y los del resto de sistemas de protección públicos. Podrá hacer referencia, entre otras, a las siguientes áreas: **|a|** Residencial; **|b|** Formativa y laboral; **|c|** Ocio y tiempo libre; **|d|** Relaciones interpersonales; **|e|** Salud; **|f|** Legal; **|g|** Económica. Contendrá un plan de asistencia Integrado y un Documento de Instrucciones Previas.
- **Plan de Asistencia Integrado:** Es el instrumento técnico que, sobre la base del

conocimiento del Proyecto de Vida de la persona, planifica y organiza la asistencia y los apoyos que sean precisos para que esta pueda vivir de acuerdo a sus valores, deseos y preferencias en relación a todos aquellos aspectos que configuran la forma personal de entender el bienestar y abordar la propia vida. En el plan de asistencia deberá hacerse constar la voluntad de la persona en relación con la posibilidad de tratamiento y/o ingreso en circunstancias en las que no pueda expresarla personalmente. El plan de asistencia se incorporará a la Historia sociosanitaria.

- **Documento de instrucciones previas:** Documento que contiene la voluntad manifestada libre y anticipadamente por una persona mayor de 16 años sobre los cuidados y tratamientos de salud y/o, llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo y órganos. En él también se puede designar una o varias personas de confianza que actuarán como interlocutoras con el personal socio-sanitario para dar cumplimiento a la voluntad de la persona otorgante contenida en este documento.
- **Personas de confianza:** Personas designadas por la usuaria del sistema de atención integral psicosocial para que le acompañe en las distintas actuaciones que integran el sistema. En particular, las personas de confianza actuarán como interlocutoras con el personal sociosanitario para dar cumplimiento a las instrucciones previas adoptadas por la persona otorgante. Deberán ser consultadas antes de adoptar una decisión sobre la atención integral de la otorgante cuando ésta no pueda recibir la información necesaria y expresar su voluntad. Las personas de confianza deberán tener en cuenta la trayectoria vital de la otorgante, sus preferencias, creencias y valores, así como los factores que ella hubiera tomado

en consideración. Cuando existan varias personas de confianza y éstas no se pongan de acuerdo sobre la decisión, la autoridad judicial decidirá conforme al principio de la mejor interpretación de la voluntad y las preferencias de la persona. Lo mismo ocurrirá cuando se considere que las personas de confianza no respetan el canon de la trayectoria vital de la persona. La persona de confianza se diferencia de los apoyos en que el ámbito de su actuación se limita al proceso de decisión en el marco de la atención integral psicosocial.

- **Historia socio-sanitaria:** Conjunto de documentos sociosanitarios en los que se recoge toda la información de una persona que se va generando en los diferentes procesos asistenciales y que estará sometida a las mismas normas de protección y confidencialidad que la Historia clínica.

### 3.4. Incorporación de un capítulo en el título primero del real decreto legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la ley general de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, sobre: «la atención integral psicosocial»

#### *Capítulo x. La atención integral psicosocial*

##### Art. 1. La Atención Integral Psicosocial

1. La Atención Integral Psicosocial aborda la salud y el bienestar de la persona desde una perspectiva holística que incluye el nivel biológico, la experiencia subjetiva y el contexto social, con especial atención a las situaciones de vulnerabilidad.
2. La Atención Integral Psicosocial comprende el conjunto de servicios, medidas e intervenciones sanitarias, educativas, familiares



y sociales cuyo objetivo es garantizar el desarrollo integral de las personas y el disfrute de todos sus derechos en igualdad de condiciones, removiendo las barreras que impiden su autonomía personal y su inclusión y participación plena en todos los ámbitos de la vida.

3. La Atención Integral Psicosocial promueve la toma de conciencia del estigma y la discriminación a las que se enfrentan las personas con discapacidad psicosocial, garantizando su participación en la sociedad como ciudadanas de pleno derecho.

## Art. 2. El sistema de Atención Integral Psicosocial

1. El Sistema de Atención Integral Psicosocial garantiza las condiciones básicas, el contenido común y los objetivos de la Atención Integral en el ámbito de la discapacidad psicosocial, sirviendo de cauce para la colaboración y participación de las Administraciones Públicas y de éstas con las pertinentes organizaciones privadas, en el ejercicio de sus respectivas competencias, en materia de promoción del desarrollo holístico de las personas con discapacidad psicosocial.
2. El Sistema se configura como una red de utilización pública que integra, de forma coordinada, organizaciones, centros y servicios. Corresponde a cada Comunidad Autónoma planificar, ordenar, coordinar, gestionar y dirigir, en el ámbito de su territorio, los servicios de Atención Integral Psicosocial a través de la Red Autónoma de Atención Integral Psicosocial. La Red integra, de forma coordinada, organizaciones, centros y servicios, públicos y privados, asegurando la satisfacción de la Atención Integral Psicosocial y de los derechos que la conforman.

## Art. 3. Principios Generales del Sistema de Atención Integral Psicosocial

El Sistema de Atención Integral Psicosocial, y por tanto todos sus servicios e infraestructuras, se desarrollarán y estarán presididos por los siguientes **principios**:

- a. **Respeto a la dignidad y los derechos humanos:** promoción de la autonomía personal, participación y desarrollo en el entorno familiar y comunitario, de modo que las actuaciones que se desarrollen potencien al máximo sus competencias y habilidades personales, fomentando el poder de decisión sobre su Proyecto de Vida y garantizando el acceso a los sistemas de apoyo en la toma de decisiones.
- b. **Igualdad inclusiva y no discriminación** incluyendo la lucha contra el estigma, los prejuicios, los estereotipos, la humillación y la violencia basados en la discapacidad psicosocial, la atención a grupos en situación de especial vulnerabilidad desde un enfoque interseccional y la promoción de la corrección de las desventajas mediante respuestas redistributivas; garantizando la participación de las personas con discapacidad; psicosocial y ajustando la diferencia mediante la garantía del derecho a la accesibilidad universal, los sistemas de apoyo y los ajustes razonables
- c. **Interseccionalidad:** los distintos servicios y recursos de atención integral desarrollarán y asegurarán una atención con perspectiva de género, niñez y etaria, considerando asimismo las necesidades de la personas en situación de pobreza, víctimas de todo tipo de violencia, migrantes y minorías étnicas, entre otras.

- d. Integralidad:** atención simultánea a las intersecciones entre las dimensiones psíquicas, históricas, socioculturales, biológicas y materiales de la discapacidad psicosocial. Los servicios deberán atender todos los factores que involucren la discapacidad psicosocial, incluyendo las barreras y los determinantes sociales, entendidos éstos como las estructuras, instituciones y prácticas sociales que impactan negativamente sobre la población, como la discriminación estructural, la violencia familiar, la violencia de género, el uso problemático de drogas y el acoso escolar, entre otros.
- e. Inclusión social en la comunidad:** la atención integral deberá realizarse a través del uso de los recursos generales de carácter comunitario disponibles, reconociendo la diversidad de las personas usuarias del sistema y prestando atención a las barreras que puedan afectar a algunas de ellas específicamente, como ocurre con las mujeres, las personas mayores y las niñas y niños. Tendrá como estrategias principales la vida independiente, la reestructuración de los servicios para garantizar la atención en el nivel primario, la creación de redes y centros sociosanitarios comunitarios, la atención domiciliaria, los apoyos entre pares y otros servicios basados en el respeto de los derechos humanos.
- f. Accesibilidad:** la atención integral tiene como pilar fundamental la accesibilidad de todos los entornos, productos, servicios y derechos, incluidos los propios dispositivos del sistema de atención psicosocial que deberán diseñarse pensando en las necesidades de todas las personas, garantizándose, además, el derecho a los ajustes razonables en los casos particulares en que sean necesarios.
- g. Planificación centrada en la persona:** metodología de planificación individualizada que se realiza desde el punto de vista de la persona, cuya vida es apoyada para planificar desde sus intereses, preferencias y objetivos, su punto de vista y su libertad de decisión, velando siempre por su dignidad. Permite desarrollar un tipo de apoyo cuya finalidad es potenciar la expresión de la persona con discapacidad en cuanto persona, para que tenga una vida plena, en la que no sea privada del control de su propia vida.
- h. Interdisciplinariedad:** la atención integral deberá estar a cargo de equipos multi e interdisciplinarios integrados por profesionales y personal técnico con formación capacitados en diversas disciplinas y campos pertinentes como psicología, trabajo social, pedagogía, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos afines, pero, sobre todo, integrar directamente a personas con experiencia propia en salud mental mediante la metodología de apoyo de pares en cuanto a usuarias de los servicios.
- i. Calidad de los servicios:** se establecerán criterios de evaluación e indicadores que velen por la calidad de los programas y prestaciones teniendo como eje el libre desarrollo de la personalidad. Las personas profesionales de los servicios deberán estar adecuadamente capacitadas en atención sociosanitaria y derechos humanos, y en el uso de técnicas y herramientas para minimizar situaciones de estrés y tácticas de desescalada respetuosas con la dignidad de la persona
- j. Corresponsabilidad y participación** de las personas con discapacidad psicosocial, de sus familias y de sus movimientos sociales organizados en la definición,

despliegue y seguimiento de las estrategias públicas de Atención Integral.

**k. Intersectorialidad:** las Administraciones estatales, autonómicas y locales, en el ámbito de sus competencias, promoverán y gestionarán mecanismos de inclusión en la comunidad a través de medidas intersectoriales coordinadas que garanticen derechos como vivienda, trabajo, seguridad y protección social, salud, educación, acceso a la cultura, al deporte, al esparcimiento y el acceso a la justicia. Se deberá dar prioridad a garantizar el derecho de las personas con discapacidad a vivir de forma independiente y a ser incluidas en la comunidad y el acceso a los apoyos necesarios para facilitar su vida en la comunidad, incluyendo el acceso a la asistencia personal.

**l. Transparencia y proporcionalidad:** los servicios, tratamientos y procedimientos deberán ser registrados y motivados, con especial atención al principio de proporcionalidad.

#### Art. 4. Infraestructura básica del Sistema de Atención Integral Psicosocial

La infraestructura básica del Sistema de Atención Integral Psicosocial está constituida por:

**1. La Red Autonómica de Atención Integral Psicosocial:** la Red Autonómica de Atención Integral Psicosocial estará presidida por la Comisión Técnica de la Atención Integral Psicosocial, y formada, al menos, por las Unidades de Atención Social o Hospitalaria, el Servicio de reconocimiento, coordinación y seguimiento de los planes personales de futuro, los Centros y Viviendas Sociosanitarias, los Equipos especiales de intervención o de respuesta inmediata, los Equipos de Atención Integral Psicosocial y los profesionales de referencia.

**2. La Red Estatal de Atención Integral Psicosocial:** dependiente de los Ministerios competentes, tiene como competencias generales:

- a. La coordinación de la Atención Integral Psicosocial.
- b. La elaboración de un catálogo de prestaciones esenciales
- c. Garantizar las condiciones básicas de igualdad, el contenido común y la no discriminación en la Atención Integral Psicosocial.
- d. Garantizar la calidad y las buenas prácticas en la prestación de los servicios.
- e. La formación e investigación.
- f. La elaboración de estadísticas e indicadores.

En particular garantizará que las personas con derecho a la atención integral: **|i.|** Utilicen los servicios en condiciones de igualdad y sin discriminación por razón de nacimiento, raza, sexo, orientación sexual, estado civil, situación familiar, discapacidad, ideología, creencia, opinión o cualquier otra circunstancia personal o social o de sus padres, representantes legales o familia. **|ii.|** Reciban un trato acorde a la dignidad de la persona y al respeto de los derechos y libertades fundamentales, por parte de las personas implicadas en el servicio. **|iii.|** Reciban una intervención personalizada acorde con sus necesidades específicas, para conseguir su desarrollo holístico. **|iv.|** Reciban información de manera ágil, suficiente, veraz y comprensible, entre la que se incluya específicamente, al menos, volúmenes y tiempos medios de espera para acceder a los distintos servicios así como indicadores objetivos de calidad de los mismos. **|v.|** Tengan asegurada la coherencia y el sentido holístico del proceso de intervención. **|vi.|**

Tengan asegurada la confidencialidad, el sigilo y el respeto en relación a sus datos personales; **|vii. |** Puedan acceder a su expediente personal y obtener copia de la documentación contenida en el mismo.

**3. El Profesional de referencia:** profesional de los servicios sociales que tendrá las siguientes funciones: **|a |** Establecer con la persona usuaria una relación de apoyo, constituyendo para ella una figura de referencia, para la atención, canalización y resolución de sus problemas y demandas, y para la mediación en posible conflictos en el entorno. **|b |** Facilitar la coordinación, ejecución y desarrollo de las actividades en las que participe la persona, adecuándolas a los objetivos previstos en su Plan Personal de Futuro y orientándola en beneficio de su desarrollo personal y social. **|c |** Apoyar el desarrollo del Plan Personal de Futuro y las actuaciones concretas que integren el mismo de cada persona usuaria asignada, llevar a cabo el seguimiento continuado de la persona y proponer cuando proceda, las adaptaciones pertinentes en dicho Plan. **|d |** Servir de enlace y referencia de la familia, en su caso. **|e |** Asegurar el puntual y completo registro de las incidencias, datos y observaciones sobre la persona y su evolución, recopilar información sobre ella, incorporándola a los informes que hayan de ser elaborados sobre la evaluación y seguimiento del Plan Personal de Futuro, compartiendo con el resto del personal que corresponda la información disponible sobre aquella, y lo determinado sobre la misma en las sucesivas reuniones del equipo de atención directa. **|f |** Cuidar de que se incorporen al expediente de la persona todos los documentos y datos que deban ser recogidos en él, garantizando su ordenación y permanente puesta al día. **|g |** Responsabilizarse del funcionamiento y dinamización del grupo

de convivencia en el que, como unidad funcional básica, se integran las personas que le hayan sido asignadas. **|h |** Informar a la persona de la posibilidad de elaborar instrucciones previas en las que se adopten decisiones sobre la eventualidad de una urgencia vital, promover su realización y, en su caso, colaborar con ella para registrarlas de acuerdo con el procedimiento establecido. Estas instrucciones, entre tanto se formalizan, quedarán reflejadas en el Plan de Asistencia.

- 4. El Equipo de atención integral psicosocial:** de carácter multidisciplinar e interdisciplinar, integrado por profesionales de salud mental, psicología, enfermería, terapia ocupacional y de trabajo social, y por representantes del grupo de pares. Colabora con la persona en la elaboración del Plan de Asistencia y realizan las actuaciones propias del Sistema.
- 5. Las Entidades públicas de promoción de la autonomía y asistencia a las personas con discapacidad o Entidades del Tercer Sector de la Acción Social:** de las que formarán parte grupos de pares que intervendrán en el apoyo cuando se trate de personas con discapacidad psicosocial.
- 6. Los Alojamientos de Atención Integral:** Estos alojamientos consistirán en centros y viviendas de carácter público o privado. Los alojamientos de atención integral estarán inspirados en el derecho a la vida independiente y a elegir una forma de vida. Su funcionamiento respetará los derechos de las personas usuarias del sistema de atención integral psicosocial. Entre los centros y viviendas deberá contarse con un número adecuado de plazas con medios adecuados para que las personas que no deseen o que no estén en situación de hacerlo en comunidad, puedan recibir tratamiento médico.
- 7. Los Espacios de urgencia en espera:** espacios en alojamientos de atención integral

psicosocial y en centros sanitarios, con equipos multidisciplinares y presencia de pares, en donde está la persona mientras se resuelven solicitudes de tratamiento y/o ingreso en casos de urgencia vital.

- 8. Los Equipos especiales de intervención o de respuesta inmediata:** de carácter multidisciplinar y con presencia de pares. Son equipos móviles que asisten en la prevención de situaciones de crisis, mediante la identificación de disparadores y el diseño de estrategias de respuesta y desescalada en momentos en que una persona esté experimentando altos niveles de estrés o frustración y ansiedad intensas. También les corresponde elaborar, conjuntamente con la persona usuaria de los servicios del sistema de atención integral, planes individualizados de respuesta a situaciones de crisis y colaborarán para el diseño de directivas anticipadas, en su caso, respetando en todo momento la voluntad y preferencias de la persona. El objetivo es que puedan intervenir en cualquier momento en situaciones de crisis y estarán disponibles todos los días y en cualquier horario. Se articulará un equipo por cada zona básica de salud.
- 9. La Unidad de Atención Social o Hospitalaria (Unidad):** comisiones de Admisión/ Tratamiento/Consentimiento en materia psicosocial. Evalúan, en cada caso, consentimiento, necesidad y conveniencia del ingreso/tratamiento. Composición multidisciplinar, con presencia de entidad de discapacidad psicosocial y pares. Una por cada zona básica de salud.
- 10. La Comisión Técnica de la Atención Integral Psicosocial:** es el órgano último responsable en la Comunidad, preside y coordina la Red Autonómica de Atención Integral Psicosocial y es la interlocutora con el Estado formando parte de la Red Estatal de Atención Integral Psicosocial y colaborando para su correcto funcionamiento. Además, sus funciones son:

- a. Prever e identificar situaciones de riesgo para el desarrollo holístico y armónico de las personas usuarias del sistema de atención integral psicosocial, así como establecer medidas para hacer desaparecer o eliminar al máximo posible las barreras que impidan o dificulten de forma significativa dicho desarrollo.
- b. Concienciar, informar y formar; así como de impulsar la investigación en relación con la atención integral psicosocial. A estos efectos, potenciará la investigación y el conocimiento con la participación de las personas usuarias del sistema de atención integral psicosocial, desde una perspectiva interseccional.
- c. Elaborar programas para la prevención de afectaciones a la salud y el bienestar de niñas, niños y adolescentes, con especial énfasis en la detección temprana en los ámbitos escolar, familiar, sanitario y social de aspectos que podrían redundar negativamente en su bienestar psico emocional. Los programas previstos deberán reducir al máximo el recurso a la medicalización y darán preferencia a programas terapéuticos y de apoyo, familiares y comunitarios.
- d. Financiar e implementar campañas de lucha contra el estigma.
- e. Inspeccionar y, en su caso, sancionar los incumplimientos que afecten a los requisitos, derechos y estándares de calidad por parte de los órganos de la Red Autonómica.
- f. Coordinación general del funcionamiento del Sistema de Atención Integral Psicosocial.

En la Comisión Técnica de Atención al Desarrollo se garantizará la presencia de pares y de una representación específica de las personas usuarias de entidades representativas.

La Comisión Técnica de Atención al Desarrollo elaborará cada año un informe público del seguimiento, evaluación y valoración de las actuaciones desarrolladas por los diferentes equipos y unidades de la Red Autónoma, estableciendo conclusiones y propuestas de medidas concretas para la mejora del sistema.

- 11. El Servicio de reconocimiento, coordinación y seguimiento de los planes personales de futuro:** es el encargado del acompañamiento y seguimiento del Plan Personal de Futuro, supervisando el funcionamiento de las actuaciones realizadas por los diferentes equipos y unidades de la Red Autónoma. Elabora protocolos de coordinación y seguimiento. Crea y actualiza el Registro de Centros y Servicios. Se ocupa del Registro de los Planes de Futuro. Ámbito Provincial.
- 12. La Defensoría de derechos de las personas con discapacidad psicosocial:** es un órgano autónomo e independiente en cada autonomía, de composición multidisciplinar, con presencia de entidad de discapacidad psicosocial y juristas, que vela por los derechos humanos de las personas con discapacidad psicosocial. Define protocolos de asistencia respetuosos con los intereses de las personas, familiares y profesionales, así como las normas de equidad ajustadas a situaciones relacionadas con los procesos ligados a la discapacidad psicosocial. Asimismo, informa en los ingresos y en las negativas de tratamiento. También elabora dictámenes, recomendaciones e informes en materia de derechos de las personas con discapacidad psicosocial. Realiza

seguimiento de ingresos (efectúa visitas de supervisión o seguimiento). Le corresponde el monitoreo de la temática en los medios de comunicación: denuncias por tratamientos estigmatizantes en medios de comunicación; campañas de difusión... Desarrolla actividades de capacitación y elabora un informe anual.

- 13. El Mecanismo independiente:** se creará un mecanismo independiente de supervisión del sistema de atención integral en el que participarán entidades representativas de las personas usuarias. Tendrá carácter estatal. Velará por la garantía de los derechos de las personas usuarias del sistema de atención integral psicosocial.

---

#### Art. 5. Derechos de las personas usuarias del Sistema de Atención Integral Psicosocial

---

- 1.** Las personas destinatarias de cualquier servicio de Atención Integral Psicosocial tienen los derechos reconocidos por el ordenamiento jurídico a toda la ciudadanía y, en particular, los siguientes **derechos**:
  - a.** Derecho a ser tratadas con respeto a la **dignidad** y a acceder **sin discriminación** alguna al sistema de servicios de Atención Integral.
  - b.** Derecho a recibir **información suficiente y en modo accesible** y que le resulte comprensible sobre los servicios y las prestaciones disponibles, los criterios de adjudicación, las prioridades para recibirlos, los derechos y deberes de las personas usuarias, así como de los mecanismos de presentación de quejas y reclamaciones.
  - c.** Derecho a recibir la valoración de su situación de manera accesible y que le resulte comprensible.

- d. Derecho a la **autonomía**. La intervención que se produzca en el ámbito sociosanitario requiere el consentimiento específico y libre de la persona, para cuya emisión debe recibir información previa de manera accesible en relación con cualquier intervención. El derecho a la autonomía incluye el derecho de la persona a **participar en la toma de decisiones** sobre el proceso de intervención, a contar con los apoyos necesarios para ello y a que sus deseos, voluntad y preferencias sean respetados y considerados primordiales en todas las acciones. También incluye el derecho a **renunciar a las prestaciones y a los servicios** concedidos, en los términos previstos en la legislación vigente.
  - e. Derecho a que los servicios, tratamientos y procedimientos sean administrados de forma tal que minimicen las situaciones de estrés, sean sensibles a las necesidades de las personas, y provean apoyo temprano que prevenga el escalamiento de situaciones de tensión y conduzcan al empoderamiento de las personas usuarias.
  - f. Derecho a la **elaboración de planes individualizados** para prevenir y manejar situaciones de estrés, respetando en todo caso la voluntad y preferencias de la persona.
  - g. Derecho a un **Proyecto de Vida o Plan Personal de Futuro**, y tras la preceptiva valoración recibir las prestaciones que garanticen su ejecución.
  - h. Derecho a la asignación de una **persona profesional de referencia**.
  - i. Derecho a no ser sometidas a explotación, violencia, abusos y a no sufrir tortura ni tratos crueles inhumanos o degradantes, tales como los ingresos y tratamiento forzosos, la reclusión y la restricción, así como la administración de medicación antipsicótica, terapia electroconvulsiva (TEC) y psicocirugía sin consentimiento informado.
  - j. Derecho a la elaboración de **instrucciones previas** que establezcan anticipadamente pautas y criterios de actuación y/o otorguen poderes de representación a una tercera persona.
  - k. Derecho a **designar una persona de confianza** en relación con las intervenciones relacionadas con la atención integral.
  - l. Derecho a acceder al expediente administrativo individual y a la historia personal.
  - m. Derecho a ser advertidas si los procedimientos que se les apliquen pueden ser utilizados para un proyecto docente o de investigación, siendo necesaria la autorización de la persona afectada.
  - n. Cualesquiera otros derechos reconocidos por la normativa vigente.
2. Todo niño, niña y adolescente tiene garantizados los derechos anteriores. Se prestará una especial atención al derecho a **recibir información no sesgada y en un lenguaje accesible** y a expresar su opinión libremente y ser escuchado o escuchada, en relación con cualquier intervención o tratamiento. Su opinión recibirá la debida consideración teniendo en cuenta su edad y madurez, en igualdad de condiciones con los demás niños, niñas y adolescentes, y deberá recibir asistencia apropiada con arreglo a sus necesidades y edad para poder ejercer este derecho. Asimismo, su voluntad y preferencias se respetarán en igualdad de condiciones con los demás niños, niñas y adolescentes.

3. En relación con las personas usuarias de alojamientos de atención integral psicosocial, se prestará una especial atención a la salvaguarda de los derechos siguientes:
  - a. Derecho al ejercicio de la libertad individual para el ingreso, la permanencia y la salida del establecimiento, en los términos establecidos en la legislación vigente.
  - b. Derecho a participar en las decisiones que haya de tomar el centro y que les afecten individual o colectivamente y a asociarse para favorecer su participación.
  - c. Derecho a comunicar y a recibir libremente información por cualquier medio de difusión.
  - d. Derecho al secreto en sus comunicaciones.
  - e. Derecho a la intimidad y a la privacidad.
  - f. Derecho al reconocimiento como domicilio, a todos los efectos, del establecimiento residencial donde viva.
  - g. Derecho de las personas que mantengan una relación de afectividad en un establecimiento residencial a compartir el mismo alojamiento.
  - h. Derecho a mantener su relación con el entorno familiar y social que será, en todo caso, facilitada.
  - i. Derecho a no ser objeto de ningún tipo de restricción física o intelectual, por medios mecánicos o farmacológicos, de conformidad con la legislación vigente.
  - j. Cualesquiera otros derechos reconocidos por la normativa vigente.

4. Se establecerán mecanismos apropiados para investigar las denuncias sobre malos tratos de personas con discapacidad psicosocial en la comunidad y para proporcionar una reparación efectiva.

---

#### Art. 6. Prohibiciones en el Sistema de Atención Integral Psicosocial

---

1. El **internamiento o ingreso por razón de discapacidad está prohibido**. Por tanto, esto incluye la discapacidad psicosocial. En los casos en los que la persona usuaria del sistema de Atención integral no pueda vivir en su domicilio, se adoptarán las medidas necesarias que favorezcan su libre desarrollo y la vida independiente, primando, siempre que sea posible, las medidas sociales y educativas frente a las sanitarias.
2. Quedan **prohibidas las medidas coercitivas** consistentes en:
  - I. Mecanismos de contención física, química o mecánica.
  - II. Aislamiento mediante la restricción del espacio físico ambulatorio o en un área específica y la incomunicación con terceras personas.
  - III. Tratamientos irreversibles.
  - IV. Medicación sin consentimiento informado de la persona en el marco del sistema de atención integral psicosocial, salvo en los casos de urgencia vital en los que el consentimiento libre e informado no pueda obtenerse y los sistemas de apoyo o personas de confianza resulten ineficaces, para mantener a salvo su vida o integridad personal, siempre y cuando no haya alternativas al tratamiento menos graves, quepa esperar razonablemente que la medida será eficaz, y no resulte una medida excesiva desde el punto de vista del daño grave que pretende evitarse.



Las intervenciones serán debidamente motivadas, registradas y comunicadas a la autoridad judicial, a la defensoría de los derechos de las personas con discapacidad psicosocial, al profesional de referencia, a la persona de confianza o en su defecto, a su cónyuge, o a quien se encuentre en una situación de hecho asimilable, siempre que convivan con la persona que precisa el apoyo; de no existir, al hijo/a o, en su defecto, al descendiente que conviviera con la persona; al progenitor/a o, en su defecto, al ascendiente que conviva.

- V. La realización de cualquier procedimiento que no derive o sea parte del tratamiento seguido, sin el consentimiento informado de la persona usuaria del servicio.
- VI. La participación de las personas usuarias en investigaciones científicas o multidisciplinarias, con o sin protocolo, cuando no cuenten con el previo consentimiento libre e informado de la persona implicada.
- VII. En ningún caso se podrán practicar el aislamiento, la terapia electroconvulsiva, las psicocirugías y los tratamientos experimentales, especialmente si se trata de niñas, niños y adolescentes, incluso si sus padres o tutores autorizan dicha práctica.

#### Art. 7. La urgencia vital en el sistema de atención integral psicosocial.

1. Se entiende por **urgencia vital** aquella situación excepcional o extraordinaria y puntual de las personas que puede requerir de una actuación inmediata, al implicar riesgo inminente para su vida o integridad personal.

Ni la discapacidad psicosocial, ni situaciones vinculadas, como tampoco el haber pasado por una situación de internamiento o ingreso, pueden ser motivo que justifique el ingreso por urgencia vital.

2. Cuando sea preciso, el sistema de atención integral ofrecerá a la persona en situación de urgencia vital respuestas y cuidados interdisciplinarios, incluyendo el soporte emocional y las estrategias para revertirla.
3. Cualquier persona que detecte una situación de urgencia vital susceptible de ser abordada en el marco de la atención integral psicosocial, debe solicitar la actuación de los equipos especiales de intervención o de respuesta inmediata.
4. En situaciones de urgencia vital, ante la imposibilidad de permanencia en el domicilio y la necesidad de acceder a otras formas alternativas de convivencia, la atención integral de las personas podrá requerir temporalmente de su ingreso en un alojamiento de atención integral o en un centro sanitario general.
5. En los casos en los que una situación de urgencia vital requiera de un tratamiento o ingreso y no sea posible obtener el consentimiento libre e informado de la persona por ningún modo, medio y/o formato adecuado, y los sistemas de apoyos o personas de confianza resulten ineficaces, podrá realizarse el tratamiento o el ingreso, siempre que se cumplan las exigencias que se detallan más adelante y que exigen respetar siempre la trayectoria vital de la persona.
6. En casos de urgencia vital, mientras se evalúa la situación del consentimiento y los apoyos, se podrá tratar a la persona para mantener a salvo su vida o integridad personal, siempre y cuando no haya alternativas al tratamiento menos gravosas, quepa esperar razonablemente que la medida será eficaz, y no resulte una medida

excesiva desde el punto de vista del daño grave que pretende evitarse.

---

### Art. 8. Tratamientos e ingresos en situaciones de urgencia vital. Consideraciones generales.

---

1. Si los equipos de intervención inmediata no pueden hacer desaparecer la urgencia vital, se pondrán en contacto con la Unidad de Atención Social u Hospitalaria para determinar la conveniencia del ingreso.
2. En el caso de que la persona en situación de urgencia vital no se encuentre en un alojamiento con espacio de urgencias en espera, la Unidad de Atención Social u Hospitalaria acordará su traslado a uno que sí cuente con dicho espacio.
3. Durante un plazo máximo de 24 horas corresponde a la Unidad de Atención Social u Hospitalaria:
  - a. Solicitar informe al equipo multidisciplinar y a la persona profesional de referencia y, en todo caso, al equipo del espacio de urgencias, si la persona fuera usuaria del sistema de atención integral.
  - b. Comprobar si es posible conocer/determinar la voluntad de la persona y contar con su consentimiento libre e informado mediante cualquier medio, modo o formato adecuado, facilitando en su caso los apoyos que hayan sido establecidos. Si la persona no cuenta con apoyos, serán proporcionados los que se requieran para garantizar su consentimiento informado.
  - c. Comprobar si la persona cuenta con instrucciones previas sobre las medidas a adoptar o si existe un plan de asistencia.
  - d. Comprobar si se han adoptado otras medidas.

e. Decidir sobre la medida a adoptar, incluida la necesidad de solicitar ingreso a la autoridad judicial, en el caso de que no fuera posible obtener el consentimiento libre e informado de la persona. La medida adoptada por la Unidad de Atención Social u Hospitalaria ha de ser necesaria, adecuada y proporcional. Se deberá justificar: **I** que no hay alternativas menos gravosas; **II** que cabe esperar razonablemente que la medida será eficaz desde el punto de vista de los resultados que se quieren conseguir; y **III** que no resulta una medida excesiva desde el punto de vista del daño grave que pretende evitarse.

4. Las intervenciones del equipo y de la Unidad y, en su caso, el traslado de la persona al espacio de urgencias y su motivación, deben ser adecuadamente documentados y registrados.

---

### Art. 9. Tratamientos e ingresos en situaciones de urgencia vital. Decisiones de la Unidad de Atención Social u Hospitalaria

---

1. La Unidad decidirá la **improcedencia del ingreso o del tratamiento**, notificándolo a la Comisión Técnica, a la Defensoría de derechos de las personas con discapacidad psicosocial, a la profesional de referencia y a la autoridad judicial, en los siguientes supuestos:
  - a. Si la Unidad considera que no hay situación de urgencia vital o decide adoptar medidas alternativas al ingreso que puedan resultar adecuadas.
  - b. Si la Unidad constata la existencia de una situación de urgencia vital y el ingreso resulta una medida necesaria, adecuada y proporcional, pero: **I** La persona no da su consentimiento para el ingreso y la Unidad entiende que se está frente a una situación en la que es posible

- obtener el consentimiento libre e informado, ya sea por cualquier medio, modo o formato adecuado, o en su caso con los apoyos establecidos o proporcionados. **|||** La persona ha dejado constancia en instrucciones previas que no consiente el ingreso. **||||** Si no lo autoriza la persona de confianza que hubiera sido designada por la persona en situación de urgencia vital y, en su defecto, su cónyuge, o quien se encuentre en una situación de hecho asimilable, siempre que convivan con la persona que precisa el apoyo; de no existir, del hijo/a o, en su defecto, descendiente que conviviera con la persona; al progenitor/a o, en su defecto, ascendiente que conviva con la persona. La persona cuya opinión se recabe a estos efectos tendrá en cuenta la trayectoria vital de la persona con discapacidad, sus preferencias, creencias y valores, así como los factores que ella hubiera tomado en consideración, con el fin de tomar la decisión que hubiera adoptado la persona en caso de estar una situación en la que pudiese emitir un consentimiento válido.
- 2.** La Unidad decidirá la procedencia del ingreso o del tratamiento de la persona en situación de urgencia vital, notificándolo a la Comisión Técnica, a la Defensoría de derechos de las personas con discapacidad psicosocial, a la profesional de referencia y a la autoridad judicial: **||** Si la persona da su consentimiento, con los apoyos que en su caso se requieran. **|||** Si la posibilidad de ingreso está contemplada de forma fehaciente en el plan de asistencia. **||||** Si existe documento de instrucciones previas en el que haya autorizado previamente el ingreso. **||V** Si lo autoriza la persona de confianza que hubiera sido designada por la persona en situación de urgencia vital y, en su defecto, su cónyuge, o quien se encuentre en una situación de hecho asimilable, siempre que convivan con la persona que precisa el apoyo; de no existir, del hijo/a o, en su defecto, descendiente que conviviera con la persona; al progenitor/a o, en su defecto, ascendiente que conviva con la persona. La persona cuya opinión se recabe a estos efectos tendrá en cuenta la trayectoria vital de la persona con discapacidad, sus preferencias, creencias y valores, así como los factores que ella hubiera tomado en consideración, con el fin de tomar la decisión que hubiera adoptado la persona en caso de estar una situación en la que pudiese emitir un consentimiento válido.
- 3.** La Unidad solicitará a la autoridad judicial el tratamiento o el ingreso de la persona en situación de urgencia vital si:
- Considera que no puede obtenerse el consentimiento libre e informado de la persona ni con las medidas de apoyo.
  - No existiera un documento de instrucciones previas autorizando el ingreso.
  - No existiera un plan de asistencia que contemplase la posibilidad ingreso.
  - No existe una persona cercana que pueda ser consultada a estos efectos.

---

## Art. 10. Tratamientos e ingresos en situaciones de urgencia vital.

### Disposiciones comunes.

---

- 1.** Si la persona no da su consentimiento para el ingreso, y siempre que lo desee, permanecerá o pasará a ser usuaria del Servicio de Atención Integral. Asimismo, una vez que el ingreso finalice, la persona, si lo desea, permanecerá o pasará a ser usuaria del Servicio de Atención Integral.

2. Cuando exista disparidad manifiesta entre la persona y quien la apoya en la toma de decisiones, se pondrá en conocimiento de la autoridad judicial para que se designe un defensor judicial.
3. En los casos en los que no pueda obtenerse el consentimiento libre e informado, y cualquiera de los intervinientes en el proceso consideren que la decisión tomada es contraria a la voluntad y preferencias de la persona, se deberán poner los hechos en conocimiento de la Comisión Técnica, de la Defensoría de derechos de las personas con discapacidad psicosocial y de la autoridad judicial para que, en su caso, adopte las medidas cautelares necesarias para salvaguardar los derechos de la persona en situación de urgencia vital.
4. En los espacios de urgencias en espera, durante la actuación de la Unidad, se establecerán las medidas de seguridad imprescindibles para salvaguardar la vida y la integridad de la persona. Estas medidas pueden implicar la administración de tratamientos sanitarios de emergencias. Las medidas adoptadas, debidamente motivadas, serán registradas y de ellas se dará cuenta a la Defensoría de derechos de las personas con discapacidad psicosocial, a la persona profesional de referencia y a la persona de confianza o persona designada para decidir. Asimismo, serán notificadas a la autoridad judicial.
5. Cuando la situación de urgencia vital así lo requiera, se solicitará el auxilio de las Fuerzas de Seguridad, que deberán siempre actuar conforme a los principios y derechos antes enunciados.
6. En los casos en los que habiéndose seguido este procedimiento, el resultado del mismo sea el no ingreso, el Sistema de Atención Integral Psicosocial no será responsable de las consecuencias que sobre la persona en cuestión puedan derivarse de esa decisión.

7. Todas las personas profesionales de los servicios sanitarios deberán estar adecuadamente capacitadas en atención sociosanitaria y derechos humanos.

---

#### Art. 11. Derechos en los ingresos y espacios de urgencia en espera

---

1. Las personas en el ámbito de los ingresos tienen derecho a que se respeten sus derechos humanos y libertades fundamentales, con garantía plena de su dignidad e intimidad.
2. Se prestará una especial atención a los siguientes derechos:
  - a. A su **integridad personal**.
  - b. A recibir **información previa de manera accesible** y que le resulte comprensible en relación con su proceso y con cualquier intervención que les afecte.
  - c. A designar a una **persona de su confianza** para que la acompañe en el proceso, reciba información y exprese su opinión sobre las distintas medidas a adoptar en caso de que ellas mismas no puedan hacerlo.
  - d. A **elegir de forma autónoma** entre las distintas prestaciones, intervenciones y servicios sociales y sanitarios, para negarse a recibir un procedimiento diagnóstico, pronóstico o terapéutico, así como para poder en todo momento revocar una decisión anterior.
  - e. Al **consentimiento informado**. Toda intervención requerirá el consentimiento informado previo de la persona implicada. Este consentimiento podrá ser revocado en cualquier momento.
  - f. A los **apoyos**. La persona contará con los apoyos necesarios para la toma de

decisiones. Si existen medidas de apoyo formales o informales que se estén aplicando eficazmente se deberá garantizar su efectividad y la inexistencia de conflictos de interés o influencia indebida. Si se trata de apoyos con funciones representativas en el ámbito de la salud, el titular de la medida deberá tener en cuenta la trayectoria vital de la persona, sus preferencias, creencias y valores, así como los factores que ella hubiera tomado en consideración, con el fin de tomar la decisión que habría adoptado la persona en caso de no requerir representación. Cuando esto no sea posible, la decisión deberá ser la menos restrictiva para sus derechos. Si estas medidas no existen, la persona deberá recibir los apoyos que precise para desarrollar su propio proceso de decisión en igualdad de condiciones con las demás personas. Si el apoyo debe brindarse de modo urgente, se prestará de modo provisional por la entidad pública que en el respectivo territorio tenga encomendada esta función y se dará conocimiento de la situación al Ministerio Fiscal en el plazo de veinticuatro horas. La persona de confianza se diferencia de los apoyos en que el ámbito de su actuación se limita al proceso de decisión en el marco de la atención integral psicosocial.

- g. A que su situación sea reexaminada periódicamente.
- h. A ser **puntualmente informadas**, verbalmente y por escrito, y en todo caso siempre de manera accesible y comprensible, de sus derechos, procedimiento de quejas, de los posibles recursos o acciones que pueden interponer, de las razones que han motivado la decisión y de los criterios aplicados para una eventual prolongación o interrupción del ingreso.

- i. A la **asistencia letrada**.

- j. A preservar su **privacidad e intimidad**, en especial en relación con la información personal registrada por las instituciones, de la que debe estar garantizada su confidencialidad. Las restricciones a las comunicaciones y visitas o los límites a la intimidad y privacidad deberán justificarse bajo criterios estrictos de necesidad, adecuación y proporcionalidad en relación con el objetivo del mantenimiento de la persona en el espacio de espera o del ingreso. Cualquier restricción deberá ser registrada y comunicada a la Defensoría, a la profesional de referencia y a la persona de confianza o persona que fuera designada para decidir. Asimismo, deberá ponerse en conocimiento de la autoridad judicial.

3. Serán de aplicación las prohibiciones y garantías de derechos previstas para las personas usuarias de los servicios de atención integral psicosocial.

### 3.5. Incorporación de una Disposición Transitoria en el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de La Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y de su Inclusión Social

#### *Disposición Transitoria*

Hasta la puesta en marcha y funcionamiento del Sistema de Atención Integral Psicosocial, se elaborará un **Protocolo de reglamentación de las medidas terapéuticas** de conformidad con los estándares establecidos en esta propuesta. Dicho Protocolo deberá contener un

Plan de eliminación de las medidas coercitivas de aislamiento, y de mecanismos coercitivos de contención física, química o mecánica; así como acciones para la capacitación en enfoque de derechos humanos y medidas alternativas. Durante este período, cada servicio sociosanitario deberá habilitar un **Registro** en el que constarán debidamente detalladas las **medidas terapéuticas adoptadas**, su fundamentación, la identidad de los/as profesionales y personas intervinientes, así como de la persona destinataria. De todo esto deberá darse conocimiento inmediato al órgano competente.

### 3.6. Modificación del art. 20 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad

(En azul cambios, tachado lo que se suprime, todo ello respecto a la regulación actual).

#### Artículo 20

Sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en **el los sistemas sanitario general y de atención integral psicosocial**, y de la total equiparación de **la persona con trastorno mental** ~~enfermo mental~~ a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales, las Administraciones Sanitarias competentes adecuarán su actuación a los siguientes principios:

1. La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el **marco del sistema de atención integral psicosocial**, preferentemente en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel de ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización.

Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría.

2. La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.
3. Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral **de las personas con problemas de salud mental** ~~de los problemas del enfermo mental~~, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales **en el marco del sistema de atención integral psicosocial**.
4. Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales **y en el marco del sistema de atención integral psicosocial**, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general.

### 3.7. Modificación de la 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

(En azul cambios, tachado lo que se suprime, todo ello respecto a la regulación actual).

#### Artículo 3. Definiciones legales

Consentimiento informado: la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada ~~en el pleno uso de sus facultades~~ después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.

---

#### Artículo 4. Derecho a la información asistencial

---

2. La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma **accesible**, comprensible y adecuada a sus necesidades.

---

#### Artículo 5. Titular del derecho a la información asistencial

---

1. La persona titular del derecho a la información es el/la paciente. También serán informadas **las personas de confianza**, las personas vinculadas a ella, por razones familiares o de hecho, en la medida que la persona paciente lo permita de manera expresa o tácita.
2. ~~El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal.~~ **La información se adaptará a las necesidades y circunstancias de cada paciente garantizando su comprensión, en especial cuando se trata de personas que precisan apoyo en la toma de decisiones y ejercicio de la capacidad. En su caso se informará también a las personas que desempeñan funciones de apoyo.**
3. Cuando el/la paciente, según el criterio de la persona médica que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, **se encuentre en una situación en la que le resulta imposible comprender la información**, la información se pondrá en conocimiento de las personas designadas a tal efecto en el plan de asistencia o en

las instrucciones previas o, en su defecto, vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

4. El derecho a la información sanitaria de los y las pacientes puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica. Se entenderá por necesidad terapéutica la facultad del médico o médica para actuar profesionalmente sin informar antes a la personal paciente, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave.

Llegado este caso, el médico o médica dejará constancia razonada de las circunstancias en la historia clínica y comunicará su decisión **a las personas de confianza** o a las personas vinculadas al/la paciente por razones familiares o de hecho.

---

#### Artículo 8. Consentimiento informado

---

Toda actuación en el ámbito de la salud de una persona paciente necesita su consentimiento libre y voluntario, una vez que, recibida la información en formato **accesible y comprensible** prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso.

**La información será siempre ofrecida en formatos adecuados, siguiendo las reglas marcadas por el diseño universal, con los ajustes razonables y las medidas de apoyo pertinentes** ~~como asimismo los ajustes razonables y las medidas de apoyo pertinentes;~~ incluida la información en formatos adecuados, siguiendo las reglas marcadas por el principio del diseño para todos de manera que resulten accesibles y comprensibles para favorecer que pueda prestar por sí su consentimiento.

## Artículo 9. Límites del consentimiento informado, consentimiento por representación y consentimiento con apoyos

1. La renuncia de la persona paciente a recibir información está limitada por el interés de su propia salud, de la de terceras personas, de la colectividad y por las exigencias terapéuticas del caso. Cuando el/la paciente manifieste expresamente su deseo de no ser informada, se respetará su voluntad haciendo constar su renuncia documentalmente, sin perjuicio de la obtención de su consentimiento previo para la intervención.
2. Los y las facultativas podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud de la persona paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos:
  - a. Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley. En todo caso, una vez adoptadas las medidas pertinentes, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas siempre que dispongan el ingreso obligatorio de personas.
  - b. Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del ~~enfermo~~ **de la persona** y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan a la persona de confianza, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a ella.
3. Se otorgará el consentimiento por representación en los siguientes supuestos:
  - a. Cuando la persona ~~paciente no sea capaz de tomar decisiones~~ **se encuentre, a criterio de la profesional responsable de la asistencia, en una situación que le impide expresar un consentimiento**

**libre e informado**, el consentimiento lo prestará la persona de confianza designada en el documento de instrucciones previas, el apoyo designado a tal efecto en el acuerdo notarial de apoyos o el curador con funciones de acompañamiento en el ámbito socio-sanitario, **y en su defecto las personas vinculadas a ella por razones familiares o de hecho**.

Si la persona paciente cuestiona el criterio adoptado por la profesional responsable de la asistencia, podrá acudir a la autoridad judicial para que determine a quien le corresponde la facultad de decidir. Si la autoridad judicial constata la necesidad de apoyar la toma de decisión, informará a la persona sobre las alternativas existentes para obtener el apoyo que precisa, bien sea mediante su entorno social o comunitario, o bien a través del otorgamiento de medidas de apoyo de naturaleza voluntaria. Además, podrá nombrar un/a defensor/a judicial que le acompañe en la adopción de la decisión origen de la controversia.

- b. ~~Cuando el paciente tenga la capacidad modificada judicialmente y así conste en la sentencia.~~
- c. Cuando el/la paciente menor de edad **no tenga madurez** ~~sea capaz~~ intelectual ni emocionalmente ~~de~~ **para** comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará su representante legal ~~del menor~~ **la persona menor**, después de haber escuchado su opinión, conforme a lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor.

4. **Consentimiento con apoyos. Las personas que lo precisen contarán con los**



**apoyos necesarios para la toma de decisiones en relación con la prestación del consentimiento libre e informado en el ámbito sociosanitario. Si existen medidas de apoyo formales o informales que se estén aplicando eficazmente se deberá garantizar su efectividad y la inexistencia de conflictos de interés o influencia indebida. Si se trata de apoyos con funciones representativas en el ámbito de la salud, la persona titular de la medida deberá tener en cuenta la trayectoria vital de la persona, sus preferencias, creencias y valores, así como los factores que ella hubiere tomado en consideración, con el fin de tomar la decisión que habría adoptado la persona en caso de no requerir representación. Cuando esto no sea posible, la decisión deberá ser la menos restrictiva para sus derechos. Si las medidas de apoyo no existen, la persona deberá recibir los apoyos que precise para desarrollar su propio proceso de decisión en igualdad de condiciones con las demás personas.**

4. **5.** Cuando se trate de personas menores emancipadas o mayores de 16 años que no se encuentren en los supuestos b) y c) del apartado anterior, no cabe prestar el consentimiento por representación.

No obstante lo dispuesto en el párrafo anterior, cuando se trate de una actuación de grave riesgo para la vida o salud de la persona, según el criterio del personal facultativo, el consentimiento lo prestará su representante legal del ~~menor~~ **la persona menor**, una vez oída y tenida en cuenta su opinión que recibirá la debida consideración teniendo en cuenta su edad y madurez, en igualdad de condiciones con los demás niños y niñas, y deberá recibir asistencia apropiada con arreglo a sus necesidades y edad para poder ejercer este derecho. La voluntad

y preferencias de los niños, niñas y adolescentes se respetarán en igualdad de condiciones con los demás niños, niñas y adolescentes..

5. **6.** La práctica de ensayos clínicos y la práctica de técnicas de reproducción humana asistida se rigen por lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad y por las disposiciones especiales de aplicación.

Para la interrupción voluntaria del embarazo de personas menores de edad o personas con capacidad modificada judicialmente será preciso, además de su manifestación de voluntad, el consentimiento expreso de sus representantes legales. En este caso, los conflictos que surjan en cuanto a la prestación del consentimiento por parte de los y las representantes legales, se resolverán de conformidad con lo dispuesto en el Código Civil.

6. **7.** En los casos en los que el consentimiento haya de otorgarlo el o la representante legal, **las personas que ejerzan como medidas de apoyo con funciones representativas** ~~o por~~ las personas vinculadas por razones familiares o de hecho en cualquiera de los supuestos descritos en los apartados 3 a 5, **6,** la decisión deberá adoptarse **respetando la trayectoria vital de la persona, sus preferencias, creencias y valores, así como los factores que ella hubiera tomado en consideración, con el fin de tomar la decisión que hubiera adoptado la persona en su caso.**

En caso de conflicto, los hechos deberán ponerse en conocimiento de la autoridad judicial, directamente o a través del Ministerio Fiscal, para que adopte la

resolución correspondiente, salvo que, por razones de urgencia, no fuera posible recabar la autorización judicial, en cuyo caso los y las profesionales sanitarios adoptarán las medidas necesarias en salvaguarda de la vida o salud de la persona paciente, amparados por las causas de justificación de cumplimiento de un deber y de estado de necesidad.

7. **8.** La prestación del consentimiento por representación será adecuada a las circunstancias y proporcionada a las necesidades que haya que atender, siempre en favor de la persona paciente y con respeto a su dignidad personal **y su trayectoria vital**. La persona paciente participará en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario. ~~Si el paciente es una persona con discapacidad, se le ofrecerán las medidas de apoyo pertinentes, incluida la información en formatos adecuados, siguiendo las reglas marcadas por el principio del diseño para todos de manera que resulten accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad, para favorecer que pueda prestar por sí su consentimiento.~~

9. **En los casos en los que una situación de urgencia vital requiera el ingreso de la persona y no sea posible obtener su consentimiento libre e informado por ningún modo, medio y/o formato adecuado y siempre que no existan sistemas de apoyos o personas de confianza o éstos resulten ineficaces, deberá recabarse la autorización judicial a través del correspondiente expediente de jurisdicción voluntaria regulado en la Ley 15/2015, de 2 de julio.**

---

Supresión del artículo 11 e introducción de un capítulo IV BIS sobre instrucciones previas, con el siguiente articulado:

---

### Artículo 1

---

**Por el documento de instrucciones previas, una persona mayor de 16 años, manifiesta libre y anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta surta efectos cuando se encuentre en una situación que le impida expresarla personalmente, sobre los cuidados y tratamientos sociosanitarios o sobre el destino de su cuerpo o de sus órganos, una vez llegado el fallecimiento.**

---

### Artículo 2

---

**Artículo 2.1.** La persona otorgante del documento de instrucciones previas puede designar, además, una o varias personas de confianza que deberán ser consultadas antes de adoptar una decisión sobre la salud del otorgante cuando éste se encuentre en una situación que le impida recibir la información necesaria y expresar su voluntad. Las personas de confianza actuarán como interlocutoras con el personal sociosanitario para dar cumplimiento a las instrucciones previas adoptadas por la persona otorgante. Las personas de confianza deberán tener en cuenta la trayectoria vital de la persona otorgante, sus creencias y valores, así como los factores que ella hubiera tomado en consideración.

En caso de no respetarse la trayectoria vital del otorgante, cualquier persona podrá ponerlo en conocimiento de la autoridad judicial para que ésta adopte la decisión más respetuosa con la voluntad, valores, creencias, deseos y preferencias de la persona paciente.

**Artículo 2.2.** Podrá ser persona de confianza cualquier persona, mayor de edad, con las siguientes excepciones:

- a. El notario ante quien se formule la declaración.
- b. Personal del Registro de Instrucciones Previas.
- c. Los y las testigos ante los que se formalice el documento.
- d. Personal que deba aplicar las instrucciones previas.
- e. Las personas gestoras o propietarias de instituciones que financien o presen ten la atención sociosanitaria de quien otorga la declaración.

**Artículo 2.3.** La designación del cónyuge o pareja de hecho como persona de confianza queda sin efecto por la interposición de la demanda de nulidad, separación matrimonial o divorcio, y por la extinción formalizada de la pareja de hecho. En estos casos, para el mantenimiento de la designación será necesario una manifestación expresa en un nuevo documento.

---

**Artículo 3.** El documento en que se formalice la declaración de instrucciones previas deberá contener los siguientes extremos:

---

- a. Los datos de identidad de la persona otorgante y los de las personas funcionarias o testigos, así como, en su caso, de la persona de confianza designada, mediante la consignación del nombre, apellidos, domicilio, número

del Documento Nacional de Identidad, u otro documento oficial con efectos legales de identificación, en vigor. En el caso de designar varias personas representantes, se deberá indicar si éstos actuarán de forma sucesiva o simultánea; y en este último caso, si lo harán mancomunada o solidariamente.

- b. La manifestación de personas funcionarias o de testigos de haber identificado a la persona otorgante por medio de su reseñado documento identificativo.
- c. La declaración de instrucciones previas. Esta declaración podrá ser expresada mediante cualquier forma de comunicación, y podrá realizarse a través de videos o audios y otros medios tecnológicos, así como a través de lenguajes alternativos de comunicación que permitan establecer con claridad tanto el contenido de la declaración como la autoría, siempre y cuando se realicen en presencia de notario, tres testigos o ante el personal del Registro de Instrucciones Previas. De ello se dejará la respectiva constancia en un acta que sustentará la expresión de la directiva anticipada mediante esta clase de medios.
- d. Lugar, fecha y hora en que se firma.
- e. La firma de quien la otorga y la del funcionario o funcionaria o la de todos los y las testigos, y en su caso la de la persona de confianza designada, que se entenderá como aceptación de la designación.

---

**Artículo 4. El documento de instrucciones previas otorgado ante persona notaria se formalizará conforme a la legislación notarial.**

---

**Artículo 5. Para su plena efectividad el documento de instrucciones deberá haber sido formalizado por alguno de los siguientes procedimientos:**

---

- a. Ante persona notaria. En este supuesto, no es precisa la presencia de testigos.
- b. Ante tres testigos mayores de edad de los cuales al menos dos, no deben tener relación de parentesco hasta el segundo grado ni estar vinculados por relación matrimonial con la persona otorgante.
- c. Ante el personal encargado del Registro de Instrucciones Previas (estatal o autonómico).

En caso de que la persona titular del acto jurídico requiera ajustes razonables para la suscripción de la directiva anticipada, será obligación de la persona notaria, de las y los testigos o del personal encargado del Registro de instrucciones previas, según sea el caso, realizar los ajustes razonables necesarios.

---

## **Artículo 6.**

---

**Artículo 6.1.** Las instrucciones previas, formalizadas en un documento conforme a lo dispuesto en esta norma, obligarán a profesionales y equipos sociosanitarios o a cuantas personas deban ejecutar lo dispuesto en las mismas.

**Artículo 6.2.** Las instrucciones previas prevalecerán sobre la opinión y las indicaciones que puedan ser realizadas por

las personas familiares, allegadas o, en su caso, el o la representante designada por quien otorga la declaración y por los y las profesionales que participen en su atención sociosanitaria.

**Artículo 6.3.** Cuando se preste atención sociosanitaria a una persona que se encuentre en una situación que le impida expresar una voluntad libre e informada tomar decisiones por sí misma, los y las profesionales responsables del proceso deberán consultar si existe en el Registro constancia de la existencia de instrucciones previas y, en caso positivo, las recabarán y actuarán conforme a lo previsto en ellas.

**Artículo 6.4.** El documento de instrucciones previas se deberá interpretar teniendo siempre como guía los derechos, la voluntad, deseos y preferencias de la persona de acuerdo con su historia de vida, su Plan Personal de Futuro y en el contexto real del caso. Si no hubiera acuerdo entre la persona de confianza y el personal sociosanitario se aplicará el segundo párrafo del artículo 3.

**Artículo 6.5.** No serán aplicadas las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico, a la «lex artis», ni las que no se correspondan con el supuesto de hecho que la persona interesada haya previsto en el momento de manifestarlas. En la historia clínica y social del paciente quedará constancia razonada de las anotaciones relacionadas con estas previsiones.

---

## **Artículo 7.**

---

**Artículo 7.1.** Con el fin de asegurar la eficacia en todo el territorio nacional de las instrucciones previas manifestadas por

los pacientes y formalizadas de acuerdo con lo dispuesto en la legislación de las respectivas Comunidades Autónomas, se creará en el Ministerio de ..... el Registro nacional de instrucciones previas que se registrará por las normas que reglamentariamente se determinen, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

**Artículo 7.2.** Existirá un Registro de Instrucciones Previas en cada Autonomía. En dicho Registro se inscribirán los documentos de instrucciones previas, su modificación, y revocación, independientemente del procedimiento de formalización empleado, con objeto de garantizar su conocimiento por los centros asistenciales, tanto públicos como privados. El procedimiento de formalización e inscripción, que se determine reglamentariamente, deberá posibilitar que desde cada una de las áreas de salud resulte factible su cumplimentación.

**Artículo 7.3.** El Registro Autonómico guardará la debida coordinación con el Registro Nacional de Instrucciones Previas, con el fin de asegurar la eficacia en todo el territorio nacional de las instrucciones manifestadas por los o las pacientes y formalizadas de acuerdo con lo dispuesto por la legislación autonómica.

---

## Artículo 8

---

**Artículo 8.1.-** El documento de instrucciones previas inscrito en el Registro será remitido al centro sociosanitario donde la persona otorgante sea atendida, a petición de las personas interesadas o de los y las profesionales responsables de su atención.

**Artículo 8.2.** El documento de instrucciones previas aunque haya sido inscrito en el Registro también se puede entregar voluntariamente en el centro sociosanitario donde la persona otorgante sea atendida, sin perjuicio de lo dispuesto en el punto anterior.

**Artículo 8.3.** El documento de instrucciones previas que no haya sido inscrito en el Registro debe entregarse en el centro sociosanitario donde su otorgante sea atendido.

**Artículo 8.4.** La entrega del documento de instrucciones previas en el centro sociosanitario corresponde a la persona otorgante de la declaración. Si ésta no pudiera entregarlo, lo hará la persona de confianza designada en el propio documento, sus familiares, su representante legal, en su caso, o cualquier otra persona que tuviese el documento.

---

## Artículo 9

---

Las instrucciones previas pueden modificarse, ampliarse, concretarse o dejarse sin efecto en cualquier momento, por la sola voluntad de la persona otorgante, dejando constancia expresa e indubitada. En estos casos, el documento posterior otorgado válidamente revoca el anterior, salvo que declare expresamente la subsistencia del anterior, en todo o en parte.

---

## Artículo 10

---

El personal de la Administración está obligado a guardar secreto sobre el contenido de los documentos de instrucciones previas de que tenga conocimiento en el ejercicio de sus funciones.

## 4. Anexos



#### 4.1. El internamiento involuntario en el sistema universal de protección de los derechos humanos

Ninguno de los Tratados de Derechos Humanos del sistema universal de protección de Naciones Unidas incluye de manera expresa modulaciones o restricciones en el ejercicio y disfrute del derecho a la libertad basadas en la discapacidad, ni autoriza específicamente el internamiento involuntario de personas con discapacidad psicosocial, con discapacidad intelectual o con otras discapacidades de carácter cognitivo en centros de salud mental o en instituciones asistenciales.

Ahora bien, estas limitaciones sí que se han recogido en instrumentos de *soft Law*, básicamente en los *Principios de protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental*, adoptados por la Asamblea General de Naciones Unidas en su resolución 46/119, de 17 de diciembre de 1991, que sirvieron de marco a la mayoría de las legislaciones en salud mental vigentes en el mundo, y que permiten el internamiento forzoso, el tratamiento involuntario y el recurso a otras medidas coercitivas estableciendo ciertas salvaguardas y garantías en su aplicación.

En particular el Principio 16 menciona los requisitos para la admisión involuntaria en una institución psiquiátrica, exigiendo que se determine por un médico calificado y autorizado por ley que la persona padece una enfermedad mental

y que se considere que «debido a esa enfermedad mental existe un riesgo grave de daño inmediato o inminente para esa persona o para terceros» o que «en el caso de una persona cuya enfermedad mental sea grave y cuya capacidad de juicio esté afectada, el hecho de que no se la admita o retenga puede llevar a un deterioro considerable de su condición o impedir que se le proporcione un tratamiento adecuado que sólo puede aplicarse si se admite al paciente en una institución psiquiátrica de conformidad con el principio de la opción menos restrictiva». Estos *Principios* (vid. además del Principio 16, los Principios 17 y 18) establecen también ciertas salvaguardas en la aplicación de estas medidas, entre ellas, garantías procesales y la necesidad de revisión inicial y periódica por un órgano judicial u otro órgano independiente e imparcial.

El Principio 11 establece excepciones a la necesidad consentimiento informado al tratamiento médico entre las que se encuentra su aplicación a los pacientes «involuntarios» (apartado 6a). El apartado 11 permite el uso de restricciones físicas y la reclusión involuntaria cuando, conforme a procedimientos oficialmente aprobados de la institución psiquiátrica, se determine que se trata del único medio disponible para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a terceros. No obstante, en el apartado 14 se prohíbe la aplicación de tratamientos psicoquirúrgicos u otros tratamientos irreversibles o que modifican la integridad de la persona a pacientes involuntarios, estableciéndose que estos sólo podrán aplicarse a cualquier otro paciente «cuando éste haya dado su consentimiento

informado y cuando un órgano externo independiente compruebe que existe realmente un consentimiento informado y que el tratamiento es el más conveniente para las necesidades de salud del paciente».

Además, los órganos de garantía de los Tratados de Derechos Humanos han venido aceptando y legitimando estas medidas considerando la discapacidad un motivo válido para la privación de la libertad.<sup>1,2</sup>

Este panorama cambia radicalmente con la adopción de la *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* (en adelante CDPD o la Convención) cuyo art. 14 considera que la aplicación efectiva y equitativa del derecho a la libertad en el contexto de la discapacidad exige, entre otras cosas, garantizar que la discapacidad no pueda considerarse en ningún caso una razón que justifique la privación de la libertad. Este nuevo estándar ha sido interpretado por el Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad en el sentido de exigir la erradicación y abolición de los internamientos involuntarios. Sin embargo, esta posición dista de ser unánimemente compartida por otros mecanismos del sistema de protección de los derechos de Naciones Unidas.

#### 4.1.1. Planteamiento del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

El art. 14.1. a. de la Convención establece la obligación de los Estados parte «de asegurar que las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás disfruten del derecho a la libertad y seguridad de la persona». Y en su inciso b. aclara que dicha obligación implica no sólo garantizar, de acuerdo con la formulación estándar de este derecho en otros instrumentos internacionales, que las personas con discapacidad «no se vean privadas de su libertad ilegal o arbitrariamente y que cualquier privación de libertad sea de conformidad con la ley» sino que, además, exige asegurar «que la existencia de una discapacidad no justifique en ningún caso una privación de la libertad».

El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ha interpretado esta prohibición en un sentido muy amplio. Esta comprensión robusta se ha plasmado en las *Directrices* adoptadas por el Comité en el año 2009 en relación con el contenido de los informes iniciales de los Estados parte sobre la aplicación de la Convención,<sup>3</sup> en las *Observaciones Finales*<sup>4</sup> que el Comité ha ido publicando en relación con los informes presentados por los Estados, y, especialmente se expresa de manera rotunda

1. Vid. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, *Estudio temático para mejorar el conocimiento y la comprensión de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*, A/HRC/10/48, 2009, párrs. 48 y 4.
2. Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad, A/HRC/40/54, párr. 42.
3. Vid. Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Directrices relativas al documento específico sobre la Convención que deben presentar los Estados partes con arreglo al párrafo 1 del artículo 35 de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*, CRPD/C/2/3, 2009, p. 11.
4. Vid. por ejemplo, las primeras *Observaciones Finales* adoptadas en relación con el informe inicial presentado por España.



en el *Statement on Article 14 of the Convention*<sup>5</sup> adoptado en el año 2014 y en las *Directrices sobre el derecho a la libertad y la seguridad de las personas con discapacidad*,<sup>6</sup> adoptadas en el año 2015.

En estas Directrices el Comité indica que el término «discapacidad» en el art. 14 de la Convención debe ser interpretado en el sentido de incluir todas las formas de discapacidad y, en especial, la discapacidad intelectual y psicosocial y de abarcar tanto la discapacidad o deficiencia real, como la percibida.<sup>7</sup>

Además, teniendo en cuenta los trabajos preparatorios de la Convención, el Comité sostiene expresamente que la prohibición de privación de la libertad por motivos de discapacidad impide obviamente que la discapacidad pueda ser por sí misma, aisladamente considerada, una causa de privación de la libertad, como sucede en las legislaciones que permiten la privación de la libertad con la mera referencia al diagnóstico clínico, pero también que la privación de la libertad se justifique en la combinación de la discapacidad con elementos adicionales como, por ejemplo, el peligro para la propia persona o para terceras personas, o la necesidad de cuidado o tratamiento.<sup>8</sup>

Igualmente, de estas *Directrices* se desprende que el Comité rechaza que puedan permitirse privaciones a la libertad sobre base de la discapacidad o las deficiencias, si se rodean de ciertas garantías procedimentales.<sup>9</sup>

El Comité indica también explícitamente que la prohibición de la privación de la libertad por motivos de discapacidad no admite ninguna excepción,<sup>10</sup> por lo que tampoco podría emplearse como una medida de último recurso aplicable exclusivamente en situaciones excepcionales.

A partir de todo lo anterior, el Comité afirma de manera categórica que la prohibición de que la discapacidad o la deficiencia pueda justificar la privación de la libertad incluida en el art. 14 de la Convención debe entenderse como una «prohibición absoluta»<sup>11</sup> rechazando cualquier forma de privación de la libertad basada en la discapacidad o las deficiencias. Lo anterior implica que las legislaciones nacionales que contemplan instancias según las cuales las personas pueden ser privadas de su libertad sobre la base de una discapacidad real o percibida son incompatibles con el art. 14, discriminatorias por naturaleza y equivalen a una privación arbitraria de la libertad.<sup>12</sup>

5. Vid. Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Statement on Article 14 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities*, septiembre de 2014.

6. Incluidas ahora con Anexo en el Informe bianual del Comité de 2016, A/72/55 Vid. párrs. 1 y 2.

7. Idem, párr. 6.

8. Idem, párr. 7. En efecto, durante la negociación de la Convención los Estados parte y la sociedad civil discutieron extensamente sobre la necesidad de incorporar en el art. 14.1.b) un cualificador o «expresión restrictiva» que aclarase que la discapacidad no podía ser nunca la «única» o la «exclusiva» justificación para la privación de la libertad. Finalmente, se terminó rechazando la inclusión de dicho cualificador en la redacción definitiva de este precepto.

9. Ibídem. Y es que en la redacción del art. 14.2 de la Convención se debatió y rehazó la propuesta de incorporar una alusión expresa a la necesidad de revisión periódica de las situaciones de privación de la libertad.

10. Idem, párr. 6.

11. Idem, párrs. 6, 8 y 10.

12. Idem, párr. 6.

Esta interpretación tiene un impacto fundamental en la (i)legitimidad de la figura del internamiento involuntario. Así, según el Comité los internamientos forzosos ya sean en centros o instituciones de salud mental o asistenciales, constituyen una forma específica de privación de la libertad por razón de discapacidad que contradice el art. 14<sup>13</sup> también cuando la discapacidad se combina con otros factores.<sup>14</sup> En concreto, el Comité ha expresado su preocupación en relación con las legislaciones que permiten que las personas con discapacidad sean internadas involuntariamente porque se considera que constituyen un peligro para ellas mismas o terceros<sup>15</sup> y ha recomendado su abolición.<sup>16</sup> Y lo mismo ha hecho con las regulaciones que refieren a la necesidad de cuidado o tratamiento<sup>17</sup> y al peligro potencial<sup>18</sup> como criterios de justificación de los internamientos no voluntarios. En este sentido, el Comité ha reclamado a los Estados parte que den todos los pasos necesarios para garantizar que ninguna persona es internada o detenida en contra de su voluntad por razones ligadas o

vinculadas a la existencia de una discapacidad real o percibida en ninguna institución médica o asistencial, lo que exige poner fin a los internamientos involuntarios.

En todo caso, la posición del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad se ve reforzada desde una interpretación en contexto que conecta el derecho a la libertad reconocido en el artículo 14 de la Convención con otros derechos recogidos a lo largo de su articulado.

El propio Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ha remarcado la naturaleza esencialmente antidiscriminatoria del art. 14,<sup>19</sup> subrayando su estrecha relación con el derecho a la igualdad y la no discriminación regulado en su art. 5<sup>20</sup> y afirmando que el internamiento involuntario supone una discriminación por motivos de discapacidad. De hecho, en su *Comentario General N.º 6* el Comité ha calificado el internamiento involuntario (y las intervenciones médicas sin consentimiento,

- 
13. Vid., entre otras, las siguientes *Observaciones Finales* adoptadas por el Comité, CRPD/C/TUN/CO/1, párr. 25; CRPD/C/ESP/CO/1, párr. 36; CRPD/C/PER/CO/1, párr. 29; CRPD/C/HUN/CO/1, párr. 28; CRPD/C/CHN/CO/1, párr. 26; CRPD/C/PRY/CO/1, párr. 36; CRPD/C/SLV/CO/1, párr. 32; CRPD/C/AUT/CO/1, párr. 30; CRPD/C/AUS/CO/1, párr. 32; CRPD/C/SWE/CO/1, párr. 36; CRPD/C/AZE/CO/1, párr. 29; CRPD/C/NZL/CO/1, párr. 30; CRPD/C/MEX/CO/1, párr. 30; CRPD/C/KOR/CO/1, párr. 26; CRPD/C/DNK/CO/1, párr. 37; CRPD/C/BEL/CO/1, párr. 26; CRPD/C/NZL/CO/1, párr. 30; CRPD/C/TKM/CO/1, párr. 30(a); CRPD/C/HRV/CO/1, párr. 20; CRPD/C/COK/CO/1, párr. 28(a); CRPD/C/UKR/CO/1, párr. 31; CRPD/C/QAT/CO/1, párr. 28; CRPD/C/MUS/CO/1, párr. 25; CRPD/C/KEN/CO/1, párr. 27-28(a); CRPD/C/GAB/CO/1, párr. 33; CRPD/C/BRA/CO/1, párr. 29.
  14. Vid., por ejemplo, CRPD/C/SLV/CO/1, párr. 32; CRPD/C/AUT/CO/1, párr. 29; CRPD/C/DNK/CO/1, párr. 36; CRPD/C/SWE/CO/1, párr. 35; CRPD/C/BEL/CO/1, párr. 27; CRPD/C/DOM/CO/1, párr. 28(b); CRPD/C/TKM/CO/1, párr. 30(a); CRPD/C/MUS/CO/1, párr. 25; CRPD/C/KEN/CO/1, párr. 27.
  15. Ver CRPD/C/SLV/CO/1, párr. 32; CRPD/C/AUT/CO/1, párr. 29; CRPD/C/DNK/CO/1, párr. 36; CRPD/C/SWE/CO/1, párr. 35; CRPD/C/BEL/CO/1, párr. 27.
  16. Ver CRPD/C/SLV/CO/1, párr. 32; CRPD/C/AUT/CO/1, párr. 29; CRPD/C/DNK/CO/1, párr. 36; CRPD/C/SWE/CO/1, párr. 35; CRPD/C/BEL/CO/1, párr. 27.
  17. CRPD/C/SLV/CO/1, párr. 32.
  18. CRPD/C/TKM/CO/1, párr. 30(a).
  19. Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Directrices sobre el derecho a la libertad y la seguridad de las personas con discapacidad*, cit., párr. 4.
  20. Idem, párr. 5.

mencionando algunas de las que considera especialmente graves por ser irreversibles o particularmente invasivas) como ejemplos de formas «brutales» de discriminación de las que siguen siendo víctimas las personas con discapacidad.<sup>21</sup>

Asimismo, de algunas de las consideraciones del Comité se desprende que el internamiento involuntario constituye tanto una forma de discriminación directa, cuando se basa expresamente en el diagnóstico de una discapacidad o deficiencia como indirecta, cuando se basa en criterios aparentemente neutrales que, sin embargo, de facto tienen un impacto desproporcionado en el colectivo de las personas con discapacidad. En todo caso, el carácter discriminatorio de la medida implica, de acuerdo con los criterios comunes en el marco del sistema de protección de los derechos humanos, entender que se trata de un tratamiento diferenciado y restrictivo de un derecho fundamental que no supera el juicio de proporcionalidad. Y ello porque, aunque se orienta a fines que pueden considerarse legítimos en el discurso de los derechos humanos (la protección de la propia persona o de terceras personas) no se justifica el poner el foco en las personas con discapacidad psicosocial (respondiendo a prejuicios y estereotipos sobre su falta de competencia para decidir o su mayor peligrosidad), ni se ponen en marcha medidas alternativas menos gravosas, ni se supera el test de las ventajas y sacrificios (teniendo en cuenta los efectos tremendamente adversos del internamiento y las medidas coercitivas sobre la salud física y mental de las personas afectadas y sus negativas consecuencias psicológicas y sociales, entre ellas, la exacerbación de su aislamiento,

el fomento de la desconfianza hacia los y las profesionales de la salud, y la estigmatización).

Igualmente, en aplicación de la doctrina del Comité, se trataría de una discriminación estructural en tanto detrás de los internamientos involuntarios (y en general de las medidas coercitivas) subyacen relaciones de poder entre los profesionales médicos y de la asistencia social y las personas con discapacidad y percepciones sociales que minusvaloran a este colectivo basadas en prejuicios y estereotipos y en cuanto el propio diseño del sistema de atención sociosanitaria a las personas con discapacidad potencia la institucionalización forzosa ante la ausencia de opciones alternativas. Y, finalmente, se resalta también su dimensión interseccional al afectar especialmente y tener un impacto particularmente negativo en colectivos de personas con discapacidad en situación de especial vulnerabilidad como el de las niñas y niños con discapacidad, las mujeres con discapacidad las personas mayores con discapacidad y las minorías raciales y étnicas con discapacidad como ha resaltado el Comité en sus Observaciones Finales.<sup>22</sup>

La conexión entre el art. 14 y el art. 12 de la Convención ha sido también destacada por el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Así, en su *Comentario General N.º 1*, afirma el Comité que «la negación de la capacidad jurídica a las personas con discapacidad y su privación de libertad en instituciones contra su voluntad, sin su consentimiento o con el consentimiento del sustituto en la adopción de decisiones constituye una privación arbitraria de la libertad y viola los artículos 12 y 14 de la Convención».<sup>23</sup> De esta forma, respetar el

21. Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observación General N.º 6*, cit., párr. 7.

22. Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, A/HRC/10/48, cit., párr. 46.

23. Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, CRPD/C/GC/1, cit., párr. 40. También en su *Directrices sobre el derecho a la libertad y la seguridad de las personas con discapacidad*, cit., párr. 10,

derecho al ejercicio de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad implica, a juicio del Comité, observar el artículo 14.<sup>24</sup>

En todo caso, para comprender en toda su virtualidad las implicaciones que se derivan del art. 12 de la Convención para la admisibilidad del internamiento involuntario importa tener presente que, según el Comité, este precepto descarta la atribución de incapacidad basada tanto en el enfoque de estatus —que apela al diagnóstico de la deficiencia— como en el enfoque de resultados —que descansa en las consecuencias negativas de una determinada decisión— como en el enfoque funcional —que gira en torno a la evaluación individualizada de los déficits personales en las habilidades de toma de decisiones.<sup>25</sup>

De acuerdo con el rechazo del enfoque de estatus las previsiones legales que permiten el internamiento involuntario basándose en una condición personal que generalmente implica una discapacidad intelectual o cognitiva o un diagnóstico psiquiátrico (tener un desorden mental, enfermedad mental, trastorno psíquico etc.) no cumplen los criterios de Convención.<sup>26</sup>

De hecho, se trataría de casos de discriminación directa donde la discapacidad «por sí misma» justificaría la privación de la libertad.

Por su parte, rechazar el método funcional implica descartar también las posiciones que consideran compatible con la Convención basar la privación de la libertad en una valoración individualizada de la capacidad de la persona para adoptar decisiones.<sup>27</sup> En este punto conviene tener presente que, para cumplir los estándares de la Convención y respetar el principio de no discriminación, algunos planteamientos proponen reemplazar el criterio del diagnóstico por el criterio de la (in)capacidad en la toma de decisiones relacionadas con el cuidado o la salud, al considerar que se trata de un parámetro neutral aplicable de forma equitativa a todas las personas que se juzguen incompetentes para decidir en estos ámbitos, concurra, o no, una situación de discapacidad. En todo caso, la aplicación del enfoque funcional presenta diversos problemas y, según el Comité, resulta discriminatoria (y, por tanto, constituye una violación del art. 5) en tanto tal evaluación se aplica exclusiva o desproporcionadamente a las personas con discapacidad y en tanto no

---

el Comité insiste en esta idea afirmando que el internamiento involuntario en instituciones de salud mental «entraña la negación de la capacidad jurídica de la persona para decidir acerca de la atención, el tratamiento y el ingreso en un hospital o una institución y, por tanto, vulnera el artículo 12, leído conjuntamente con el artículo 14».

24. Ibidem.

25. Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, CRPD/C/GC/1, cit. párr. 15. Vid. sobre estos modelos DHANDA, A., «Legal Capacity in the Disability Rights Convention: Stranglehold of the Past or Lodestar for the Future?», *Syracuse Journal of International Law and Commerce*, vol. 34, 2006–2007, pp. 438–456.

26. Vid. sobre este enfoque BARTLETT, P., «A mental disorder of a kind or degree warranting confinement», cit., pp. 836 y 837.

27. Vid. SZMUKLER, G.; DAW, R. y CALLARD, F., «Mental health law and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities», *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 37 (3), 2014, pp. 245–252 y DAWSON, J., «A realistic approach to assessing mental health laws' compliance with the UNCRPD», *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 40, 2015, pp. 70–79. En todo caso, importa precisar que estos trabajos tratan de definir la capacidad de toma de decisiones de un modo neutral en relación con la discapacidad.

existen métodos objetivos y contrastados para medir el funcionamiento de la mente humana.<sup>28</sup>

Por último, el principal argumento en contra del enfoque o método de resultados es que no respeta el derecho de las personas con discapacidad a asumir riesgos y a cometer sus propios errores destacado también por el Comité.<sup>29</sup> En particular, el rechazo del enfoque de resultados refuerza los argumentos en contra del criterio de la peligrosidad descartando las predicciones de un futuro daño o riesgo como argumentos válidos para denegar la capacidad jurídica de las personas con discapacidad para «rechazar la hospitalización o la institucionalización involuntaria».<sup>30</sup>

Asimismo, el Comité ha insistido en sus *Observaciones Finales* y en su *Comentario General N.º 1* en que el derecho a la igual capacidad jurídica incluye el derecho de tomar decisiones en relación con el tratamiento médico.<sup>31</sup> En este sentido, se ha indicado que la privación de la libertad basada en el criterio «del tratamiento» representa en cualquiera de sus variantes una simple denegación de la capacidad jurídica de la persona afectada para tomar una decisión en relación con los servicios de salud mental o las intervenciones médicas y una sustitución de la opinión y los deseos de la persona con discapacidad por la opinión de los expertos médicos.<sup>32</sup>

En estrecha conexión con las anteriores reflexiones, el Comité ha considerado también que el internamiento involuntario de las personas con discapacidad basado en razones que apelan a la necesidad de cuidado y tratamiento médico contraviene el art. 25 de la Convención que, en la regulación del derecho a la salud, incluye el derecho de las personas con discapacidad a que cualquier intervención en este ámbito se realice sobre la base de su consentimiento libre e informado. A juicio del Comité, la Convención prohíbe los tratamientos médicos involuntarios por razones de discapacidad y exige que la provisión de los servicios de salud, incluidos los servicios de salud mental, estén basados en el consentimiento libre e informado de la persona afectada<sup>33</sup> de manera que todos los profesionales del sistema (incluyendo los profesionales de la psiquiatría) están obligados a recabar este consentimiento antes de aplicar cualquier tratamiento y tienen la obligación de no permitir que el consentimiento sea otorgado por personas que sustituyan a las personas con discapacidad.<sup>34</sup>

En todo caso, el modelo de la Convención reclama procedimientos accesibles para la prestación del consentimiento en el ámbito médico y asistencial y la provisión de ajustes y de apoyos con salvaguardas que eviten cualquier tipo de abuso e influencia indebida.<sup>35</sup> En

28. Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, CRPD/C/GC/1, cit. párr. 15.

29. Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, CRPD/C/GC/1, cit. párr. 15.

30. Vid. Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos, *International standards on the right to liberty and security of persons with disabilities, Background Note*, cit., párr. 94.

31. Vid. en este sentido Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, CRPD/C/GC/1, cit., párrs. 21 y 42.

32. Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos, *International standards on the right to liberty and security of persons with disabilities, Background Note*, cit., párr. 95.

33. *Directrices sobre el derecho a la libertad y la seguridad de las personas con discapacidad*, cit., párr. 11. Vid. también CRPD/C/GC/1, párrs. 41 y 42.

34. CRPD/C/GC/1, cit., párr. 41.

35. Como señala el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, CRPD/C/GC/1, cit., párr. 41, los Estados parte tienen la obligación de no permitir que el consentimiento sea otorgado por personas

opinión del Comité, en los supuestos en los que no es posible obtener el consentimiento de la persona o determinar su voluntad y preferencias el estándar que debe aplicarse como último recurso es el de la «mejor interpretación posible de su voluntad y preferencias» en reemplazo del tradicional criterio del «mejor interés»<sup>36</sup> que no cumple los estándares de la Convención en relación con las personas adultas.

Cuando el internamiento involuntario conduce al sometimiento de las personas con discapacidad a tratamientos médicos involuntarios se vulnera también el art. 17 de la Convención<sup>37</sup> que reconoce el derecho de las personas con discapacidad a que se respete su integridad física y mental en igualdad de condiciones con las demás.

El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ha advertido que algunas de las prácticas extendidas en el desarrollo de los internamientos involuntarios —como algunos tipos de tratamiento médico forzoso, el aislamiento y los métodos de contención, incluidas las contenciones físicas, químicas y

mecánicas— «no son conformes con la prohibición de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes de las personas con discapacidad» reconocida en el art. 15 CDPD y ha recomendado a los Estados parte que prohíban estas prácticas y que prevengan su aplicación, por ejemplo, mediante la intervención de las instituciones nacionales de prevención de la tortura, y que se investigue, se procese y se sancione a sus autores.<sup>38</sup>

Asimismo, ha señalado el Comité que internar a una persona con discapacidad en una institución psiquiátrica o asistencial sin su consentimiento o con el consentimiento de una tercera persona que le sustituye en la toma de esa decisión vulnera el derecho a elegir dónde, cómo y con quién vivir como aspecto central del art. 19 de la Convención contemplado expresamente en su apartado 1 (en estrecha conexión, de nuevo, con el art. 12).<sup>39</sup> Además, ha remarcado que «el internamiento involuntario por motivos de deficiencia o de circunstancias conexas como la presunta peligrosidad» u «otros factores... suele estar originado o se ve incrementado por la falta de servicios de apoyo específicos para las

---

que sustituyan a las personas con discapacidad en la adopción de decisiones y todo el personal médico y sanitario debe velar por que se efectúe la consulta apropiada directamente con la persona con discapacidad estando obligado a garantizar también, en la medida de sus posibilidades, que las personas encargadas de prestar apoyo o asistencia no sustituyan a las personas con discapacidad en sus decisiones ni tengan una influencia indebida sobre ellas.

36. *Idem*, párr. 21 y *Directrices sobre el derecho a la libertad y la seguridad de las personas con discapacidad*, cit., párr. 23.
37. Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad, A/HRC/40/54, cit., párr. 49 y Oficina del Alto Comisionado de Derechos Humanos de Naciones Unidas, *International standards on the right to liberty and security of persons with disabilities*, *Background Note*, cit., párr. 47.
38. *Directrices sobre el derecho a la libertad y la seguridad de las personas con discapacidad*, cit., párrs. 12 y 19. En esta conclusión se han mostrado de acuerdo los Relatores contra la Tortura. Vid. el informe elaborado por Juan Méndez, A/HRC/22/53, 2013, párr. 69 y el elaborado por Manfred Novak A/63/175, 2008, párr. 65.
39. Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observación General N.º 5 Derecho a vivir de forma independiente y ser incluido en la comunidad*, 2017, CRDP/C/GC/5, párr. 27.

personas discapacidad»<sup>40</sup> —cuya disponibilidad exige el apartado 2 del art. 19<sup>41</sup>— y, podríamos añadir, por la exclusión de este colectivo de los servicios existentes para la población en general y su falta de adaptación a sus necesidades —en contradicción con lo señalado en el apartado 3 del art. 19.<sup>42</sup> Todas estas consideraciones ponen de relieve que, como subraya el Comité, «la aplicación del artículo 19... impedirá en última instancia la violación del artículo 14» de la Convención.<sup>43</sup>

Por otro lado, ha indicado el Comité que, en virtud del art. 13 de la Convención se debe garantizar a todas las personas con discapacidad el derecho a recurrir cualquier privación de su libertad. En particular, en tanto la privación de la libertad por motivos de discapacidad que implica el internamiento involuntario es considerada por el Comité como una forma de detención discriminatoria y arbitraria, las personas con discapacidad sometidas a esta práctica deben tener acceso a mecanismos administrativos y judiciales que respeten las garantías del debido proceso —y, por ende, que cumplan todas las exigencias del art. 13 de la Convención,

posibilitando su participación efectiva— que les permitan recurrir la justificación de su privación de la libertad y obtener una adecuada compensación, reparación y restitución.<sup>44</sup>

Las personas con discapacidad privadas de su libertad bajo formas específicamente diseñadas para este colectivo, como sucede en el caso del internamiento involuntario, tienen un mayor riesgo de ser víctimas de diferentes formas de explotación, violencia y abuso prohibidas por el art. 16 de la Convención. En este sentido, el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ha subrayado la necesidad de implementar —contando con la implicación de la sociedad civil— mecanismos de supervisión y vigilancia independientes en relación con las personas con discapacidad privadas de su libertad,<sup>45</sup> no solo en las prisiones, sino también en otras instituciones en las que se pueden, o no, estar practicando internamientos involuntarios o tratamientos forzosos. En cualquier caso, como de nuevo aclara el propio Comité, la exigencia de supervisión de las instituciones existentes y la revisión de las detenciones «no implican la aceptación de la práctica del internamiento

40. Idem, párr. 82. En este sentido, en *Directrices sobre el derecho a la libertad y la seguridad de las personas con discapacidad*, párr. 9, el Comité remarca la relación entre los arts. 14 y 19 y expresa su preocupación —reflejada en numerosas *Observaciones Finales*— por la falta de apoyos en la comunidad.

41. Como aclara el Comité, CRDP/C/GC/5, párrs. 28 y 29 los servicios de apoyo individualizado deben considerarse un derecho y no una forma de atención médica, social o de beneficencia y deben tener como objetivo la plena inclusión en la comunidad de manera que cualquier forma institucional de servicios de apoyo que segregue y limite la autonomía personal no está permitida por el artículo 19 b).

42. De nuevo aclara el Comité, Idem, párr. 32, que los servicios y las instalaciones que se mencionan en esta sección del artículo no son servicios de apoyo e instalaciones específicos para las personas con discapacidad, sino destinados a la población en general, abarcando una amplia gama de servicios que deben estar disponibles y ser universalmente accesibles, aceptables y adaptables para todas las personas con discapacidad.

43. CRDP/C/GC/5, cit., párr. 82.

44. *Directrices sobre el derecho a la libertad y la seguridad de las personas con discapacidad* cit., párr. 24. En relación con esta cuestión el Comité remite a las consideraciones del Grupo de Trabajo sobre la Detención Arbitraria, *Basic Principles and Guidelines on Remedies and Procedures on the Right of Anyone Deprived of His or Her Liberty by Arrest or Detention to Bring Proceedings Before Court*, 2015, A/HRC/30/37, párr. 107 disponible en <https://digitallibrary.un.org/record/801504>

45. *Directrices sobre el derecho a la libertad y la seguridad de las personas con discapacidad*, cit., párr. 19.

forzoso».<sup>46</sup> La vigilancia de las instituciones en las que se practican internamientos involuntarios debe cubrir la prevención y la investigación de posibles violaciones de derechos humanos<sup>47</sup> y los mecanismos o procedimientos de revisión han de tener como objetivo cuestionar la propia justificación de la detención, contribuyendo a garantizar la prohibición absoluta de la privación de libertad sobre la base de la discapacidad o las deficiencias y a obtener la inmediata liberación de las personas «que se determine han sido recluidas arbitrariamente», sin que bajo ninguna circunstancia pueda permitirse la extensión de la detención arbitraria.<sup>48</sup>

De este modo, a juicio del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Convención reclama la eliminación de cualquier forma de privación de la libertad basada en la discapacidad o las deficiencias y, por ende, exige la necesaria prohibición y abolición de la figura del internamiento involuntario que supone, no sólo una violación del derecho a la libertad, sino que implica, además, la vulneración de otros muchos derechos de las personas con discapacidad. En todo caso, este planteamiento no es compartido por parte de algunos organismos

y mecanismos de los sistemas internacionales de protección de los derechos humanos.

#### 4.1.2. Planteamientos de otros organismos y mecanismos del sistema universal de protección de los derechos humanos

Entre los organismos que han apoyado de manera más o menos explícita la interpretación del Comité CDPD cabe mencionar al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales<sup>49</sup> y al Comité de la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW).<sup>50</sup>

También la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos ha venido defendiendo desde el año 2009, que la CDPD prohíbe cualquier privación de la libertad basada en la discapacidad, incluso cuando la misma se justifica en la combinación de la discapacidad psicosocial e intelectual con otros elementos, como la peligrosidad o la necesidad de cuidado o de tratamiento y solicitando la abolición de cualquier legislación «que permita la institucionalización de las personas con discapacidad sin su consentimiento libre e

46. *Ibidem* y *Directrices sobre el derecho a la libertad y la seguridad de las personas con discapacidad*, cit., párr. 19.

47. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, *International standards on the right to liberty and security of persons with disabilities*, *Background Note*, cit., párr. 52.

48. *Directrices sobre el derecho a la libertad y la seguridad de las personas con discapacidad*, cit., párr. 19.

49. Ver sus *Observaciones Finales* en relación con la República de Moldavia, 2011, E/C.12/MDA/CO/2, párr. 24 y *Observaciones Finales* de 2017 con respecto a Australia, E/C.12/AUS/CO/5.

50. En todo caso, el Comité CEDAW ha sido algo ambiguo en sus posicionamientos. Así, en algunas de sus *Observaciones Finales* este Comité parece respaldar la prohibición absoluta de la privación de la libertad sobre la base de las deficiencias y otros factores relacionados. Vid. Comité para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, *Observaciones Finales del cuarto y quinto informe periódico de India*, 2015, CEDAW/C/IND/CO/4-5, párr. 37 y *Observaciones Finales del cuarto y quinto informe periódico de la República de Moldavia*, 2013, CEDAW/C/MDA/CO/4-5, párr. 38(d). Sin embargo, en otras *Observaciones* parece aceptarla siempre y cuando se rodee de garantías procedimentales adecuadas. Comité para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer *Observaciones Finales del quinto informe periódico de Kuwait*, CEDAW/C/KWT/CO/5, párr. 39.



informado» sobre la base de sus deficiencias.<sup>51</sup> Más recientemente el Alto Comisionado en un estudio sobre salud mental y derechos humanos ha suscrito expresamente la opinión del Comité CDPD defendiendo el carácter absoluto de la prohibición de la privación de la libertad por motivos de discapacidad y señalando que ello supone «la proscripción del ingreso en instituciones y el tratamiento no consentido».<sup>52</sup>

Asimismo, el Grupo de Trabajo sobre la Detención Arbitraria ha afirmado que el internamiento involuntario sobre la base de una discapacidad real o percibida, y, en particular, sobre la base de una discapacidad intelectual o psicosocial está prohibido y ha considerado que los Estados deben adoptar medidas para evitar y remediar estos internamientos y diseñar estrategias de desinstitucionalización de acuerdo con el modelo de derechos humanos.<sup>53</sup>

Los Relatores Especiales sobre los derechos de las personas con discapacidad han mostrado también su rotundo y expreso acuerdo con la interpretación del art. 14 realizada por el Comité CDPD.<sup>54</sup> En especial la ex Relatora Catalina Devandas en un estudio temático sobre las formas de privación de la libertad específicas

para las personas con discapacidad publicado en 2019 califica el internamiento involuntario y las prácticas coercitivas que conlleva como una violación de derechos humanos «a escala masiva».<sup>55</sup>

El anterior Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover reclamó la abolición de la legislación que permite la institucionalización de personas con discapacidad sobre la base de su discapacidad, sin su consentimiento libre e informado».<sup>56</sup> Por su parte, el actual Relator Dainius Pūras, aunque no se alinea expresamente con la posición del Comité CDPD, considera que «es preciso adoptar medidas inmediatas para reducir radicalmente la coacción en el ámbito médico y facilitar la erradicación de todos los tratamientos psiquiátricos e internamientos forzados» y señala el consenso existente sobre la prevalencia inaceptablemente alta de violaciones de los derechos humanos en centros de salud mental y la necesidad de un cambio.<sup>57</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) se ha comprometido a basar su trabajo en las exigencias de la CDPD abogando por la capacitación y

51. A/HRC/10/48, párr. 48.

52. A/HRC/34/32, párrs. 23 y 29-32. Se considera que el internamiento involuntario no sólo vulnera el derecho a la libertad y seguridad personales, sino también el derecho «a no sufrir tortura y malos tratos y a no ser sometido a explotación, violencia y abusos, así como del derecho a la integridad personal».

53. WGAD/CRP.1/2015, cit., párrs. 56 y 122. En todo caso, en su *Opinión No. 8/2018*, A/HRC/WGAD/2018/8 parece matizarse esta posición.

54. Así lo hizo el ex Relator Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad Shuaib Chalklen *Urgent Request to Amend the Human Rights Committee's Draft Version of General Comment No. 35 (CCPR/C/107/R.3) on Article 9 (Right to Liberty and Security of Person) Bringing it in Line with the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities*,» 2014

55. Vid. A/HRC/40/54. También había exigido la derogación de estas prácticas en informes anteriores de 2017 A/HRC/37/56 y 2018 A/73/161. La misma posición ha defendido públicamente el actual relator Gerard Quinn,

56. A/64/272, 2009, párr. 72. Sin embargo, este mismo informe no tiene una posición tan rotunda en relación con los tratamientos médicos forzados. *Idem*, párr. 73.

57. A/HRC/35/21, cit., párrs. 33 y 34 y párrs. 65 y 66, entre otros.

por la creación de mecanismos de apoyo para las personas con discapacidad psicosocial, intelectual y cognitiva desde un enfoque de derechos humanos.<sup>58</sup>

No obstante, no todos los mecanismos del sistema de protección de derechos humanos de Naciones Unidas apoyan esta interpretación abogando —con ciertas cautelas— por el mantenimiento de los internamientos involuntarios.

El Comité de Derechos Humanos en su *Comentario General N.º 35* señala que el art 9 del PIDCP admite estas limitaciones en determinadas circunstancias<sup>59</sup> y entiende que lo que prohíbe es que la discapacidad «por sí sola» pueda justificar la privación de la libertad. En

este sentido considera que la privación de la libertad de las personas con discapacidad debe «ser necesaria y proporcional, con el propósito de impedir que el interesado se haga daño o cause lesiones a terceros», aplicándose únicamente como medida de último recurso y con garantías procesales y sustantivas adecuadas.<sup>60</sup> El Comité contra la Tortura y el Subcomité para la prevención de la Tortura han seguido la línea del Comité de Derechos Humanos.<sup>61</sup>

En 2008 el entonces Relator Especial sobre la Tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Manfred Novak, aprobó un informe en el que consideraba que el art. 14 prohíbe la privación de la libertad basada en la discapacidad también cuando se combina con

58. World Health Organization, *Quality Rights guidance and training tools*, disponible en [www.who.int/mental\\_health/policy/quality\\_rights/en](http://www.who.int/mental_health/policy/quality_rights/en).

59. Para. 19. En todo caso, en este Comentario el Comité advierte del «daño inherente de cualquier privación de libertad» y de los daños concretos a que pueden dar lugar las situaciones de hospitalización involuntaria» y se refiere al deber de los Estados de revisar «las leyes y prácticas anticuadas en el ámbito de la salud mental con el fin de evitar la reclusión arbitraria» y de «proporcionar servicios comunitarios o servicios sociales alternativos para las personas con discapacidad psicosocial a fin de ofrecer alternativas al confinamiento que sean menos restrictivas».

60. Entre ellas menciona expresamente la obligación de que los procedimientos aplicables aseguren el respeto de las opiniones de la persona y que todo representante verdaderamente represente y defienda la voluntad y los intereses de las personas afectadas, el deber de ofrecer a las personas internadas en instituciones programas de tratamiento y rehabilitación que sirvan a los fines aducidos para justificar la reclusión y de prestarles la asistencia necesaria para posibilitar el acceso a recursos efectivos para reivindicar sus derechos, incluida la revisión judicial inicial y periódica de la legalidad de la reclusión y la necesidad de su mantenimiento, y para impedir condiciones de reclusión incompatibles con el PIDCP.

61. Vid. por ejemplo, CAT/C/LTU/CO/3', CAT/C/NLD/CO/5-6, párr. 21; CAT/C/LTU/CO/3, párr. 23; CAT/C/SWE/CO/6-7, párr. 13 y CAT/C/HRV/CO/4-5, párr. 17 o CAT/C/MDA/CO/3. En todo caso el Comité expresa su preocupación acerca del gran número de personas con discapacidad privadas de su libertad en instituciones médicas, de asistencia social y psiquiátricas, así como por el recurso a medidas tales como el aislamiento, el empleo de contenciones y la medicación forzosa, señalando que pueden llegar a constituir un trato degradante, y por la ausencia de salvaguardas legales, CAT/C/NLD/CO/5-6, párr. 21, CAT/C/LTU/CO/3, párr. 23 y CAT/C/USA/CO/3-5, párr. 20. Por su parte, el Subcomité para la prevención de la Tortura legitima la detención de las personas con problemas de salud mental para proteger a la propia persona o evitar un daño a terceros y para garantizar el acceso a la atención y el tratamiento especializado cuando ello resulte necesario para proteger a la persona de la discriminación, del abuso y de los riesgos a la salud derivados de la enfermedad *Approach of the Subcommittee on Prevention of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment regarding the rights of persons institutionalized and treated medically without informed consent*, 2016, CAT/OP/27/2., párr. 4, párr. 8 y 11.

otros criterios adicionales.<sup>62</sup> Sin embargo, posteriormente su sucesor Juan Méndez matizó esta posición al entender que el internamiento involuntario puede ser legítimo en casos de emergencia y cuando se demuestre la necesidad de proteger la seguridad de la propia persona o de terceros.<sup>63</sup> El actual Relator Nils Melzer parece manejar la misma posición.<sup>64</sup>

#### 4.2. El internamiento involuntario en el Consejo de Europa

A diferencia de lo que sucede en el sistema de Naciones Unidas, en el sistema europeo de protección de los derechos humanos sí que encontramos instrumentos de *hard law* que establecen expresamente restricciones específicas del derecho a la libertad basadas en la discapacidad.

En primer lugar, la *Convención Europea de Derechos Humanos* (en adelante CEDH) en su art. 5.1.e permite la privación de la libertad, de acuerdo con el procedimiento establecido por la ley, «de una persona susceptible de propagar una enfermedad contagiosa, de **un enajenado**,

de un alcohólico, de un toxicómano o de un vagabundo».<sup>65</sup> En segundo lugar, el *Convenio de Derechos Humanos y Biomedicina* de 1997, conocido como Convenio de Oviedo, establece en sus arts. 6<sup>66</sup> y 7<sup>67</sup> excepciones al derecho de toda persona a no ser sometida a intervenciones médicas sin mediar su consentimiento libre e informado en relación con las personas con «disfunción mental» o «trastornos mentales» permitiendo que se les apliquen tratamientos médicos involuntarios e internamientos forzados.

A estos Convenios hay que sumar, ya como instrumento de *soft law*, la *Recomendación R (2004) 10 sobre la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastornos mentales* que se centra, precisamente, en la regulación de la aplicación de los tratamientos o internamientos involuntarios, estableciendo algunos requisitos y garantías.

La *Recomendación* establece que una persona sólo puede ser sometida a un tratamiento o a un internamiento involuntario si tiene un trastorno mental, si su estado comporta un riesgo real de daño grave para sí misma o terceros, si la

62. A/63/175, cit., párr. 64.

63. A/HRC/22/53, cit., párr. 69.

64. En el Informe que presentó en 2019 ante el Consejo de Derechos Humanos indica que considera apropiada la práctica del internamiento involuntario siempre y cuando se garantice que es «legal, estrictamente requerida y proporcionada a las circunstancias A/HRC/40/59, párr. 60.

65. La negrita es nuestra. Vid. sobre este precepto la guía elaborada por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Guide on Article 5 of the European Convention on Human Rights*, 2019.

66. Este artículo dispone en su apartado 3 que «cuando, según la ley, una persona mayor de edad no tenga capacidad, a causa de una disfunción mental, una enfermedad o un motivo similar, para expresar su consentimiento para una intervención, ésta no podrá efectuarse sin la autorización de su representante, una autoridad o una persona o institución designada por la Ley. La persona afectada deberá intervenir, en la medida de lo posible, en el procedimiento de autorización».

67. Este precepto establece «La persona que sufra un trastorno mental grave sólo podrá ser sometida, sin su consentimiento, a una intervención que tenga por objeto tratar dicho trastorno, cuando la ausencia de este tratamiento conlleve el riesgo de ser gravemente perjudicial para su salud y a reserva de las condiciones de protección previstas por la ley, que comprendan los procedimientos de supervisión y control, así como los de recurso».

medida tiene un fin terapéutico, si no existe un medio menos restrictivo de atención, y si la opinión de la persona ha sido tomada en consideración (vid. artículos 17 y 18). Además, se regulan garantías adicionales como la reevaluación de la medida, la consulta con los allegados, que la decisión se adopte por un tribunal o instancia competente y se establece un sistema de recursos. En el caso del tratamiento involuntario se exige, por ejemplo, que responda a síntomas específicos, que sea proporcional al estado de salud y administrado por personal cualificado, o que sea sustituido lo antes posible por un tratamiento voluntario. La *Recomendación* regula también el empleo de medios coercitivos (como el aislamiento y la contención) estableciendo algunas garantías y permite con carácter excepcional tratamientos que tengan efectos físicos irreversibles o supongan una intrusión significativa.

Los principios establecidos en esta *Recomendación* han sido tomados en consideración —si bien no en todos los casos, ni interpretados siempre de la forma más exigent— por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH) en la aplicación del art. 5.1.e de la CEDH.

#### 4.2.1. La jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos en aplicación del art. 5.1.e de la Convención Europea de Derechos Humanos

El art. 5.1.e CEDH se refiere a la privación de la libertad de diversas categorías de personas entre las que se hace referencia a las personas «enajenadas». <sup>68</sup> El TEDH ha indicado que el término persona enajenada (*person of unsound of mind*) —propio del modelo médico y estigmatizante— «no se presta a una definición precisa ya que la psiquiatría es un campo en evolución, tanto médicamente como en actitudes sociales», aunque ha aclarado que no puede interpretarse en el sentido de permitir «la detención de alguien simplemente porque sus puntos de vista o comportamiento se desvían de las normas establecidas». <sup>69</sup> Si bien el TEDH ha reconocido un margen de apreciación a los Estados a la hora de determinar qué personas caen bajo esta categoría, <sup>70</sup> la mayoría de su *caselaw* se ha centrado en las personas con discapacidad psicosocial e intelectual.

El TEDH contaba antes de la adopción de la CDPD con una jurisprudencia consolidada en relación con la privación de la libertad de los «enajenados» que no ha cambiado sustancialmente tras su entrada en vigor y que se ha centrado, básicamente, en la delimitación de los

68. Como señala el TEDH en su *Guide on Article 5 of the European Convention on Human Rights*, cit. párr. 105, citando el caso *Enhorn v. Suecia* de 25 de junio de 2005, entre las personas mencionadas en el art. 5.1.e) «existe un vínculo ... en el sentido de que pueden ser privadas de su libertad, ya sea para recibir tratamiento médico o por consideraciones dictadas por la política social, o por ambas razones médicas y sociales». De este modo, entiende que «la razón por la cual la Convención permite que estas personas, todas ellas socialmente desajustadas, sean privadas de su libertad no solo es que pueden ser un peligro para la seguridad pública sino también que sus propios intereses pueden requerir su detención», *Ibidem* citando también sentencia *Guzzardi v. Italia* de 6 de noviembre de 1980.

69. *Guide on Article 5 of the European Convention on Human Rights*, cit. párr. 108 citando la sentencia del caso *Rakevich v. Rusia* de 28 de octubre de 2003.

70. *Guide on Article 5 of the European Convention on Human Rights*, cit., párr. 111. Vid. *Plesó v Hungary App* sentencia de 17 de enero de 2012.

criterios sustantivos que autorizan la adopción de esta medida, en la determinación de los fines que la justifican y en la cuestión de las garantías procedimentales de las que debe rodearse.

En el caso *Winterwerp v. Holanda* de 24 de octubre de 1979 el TEDH estableció las condiciones mínimas que debe cumplir la privación de la libertad en este supuesto: **1** que la existencia de un desorden mental sea determinada de forma fidedigna y objetiva desde el punto de vista médico; **2** que sea de tal naturaleza o grado que justifique el internamiento y **3** que el internamiento no se prolongue más allá de la persistencia del desorden.

En decisiones posteriores, también en aquéllas recaídas tras la CDPD, el TEDH ha ido perfilando de forma más exhaustiva y rigurosa estos criterios señalando, entre otras cosas, que la determinación de la existencia de un desorden mental y de su gravedad requiere que se realice un examen médico en el momento del ingreso, preferentemente por un facultativo diferente del médico del centro de internamiento, que tenga como objetivo específico determinar la necesidad de la medida.<sup>71</sup>

Asimismo, el TEDH ha insistido en que la condición mental de la persona debe ser de cierta gravedad para ser considerada un «verdadero» desorden mental a los efectos del art. 5.1e y que debe ser tan seria como para precisar tratamiento en una institución apropiada,<sup>72</sup> si bien, ha considerado conformes con esta disposición internamientos en los que el tratamiento no es la principal finalidad, o incluso en situaciones que no se consideran «tratables».<sup>73</sup> Puesto que el desorden mental debe persistir durante todo el periodo de detención, el TEDH se ha referido también a la necesidad de realizar exámenes periódicos del estado de salud mental de la persona.

En cuanto a la finalidad de la medida, el TEDH ha afirmado que posee una «doble función» «por un lado, la función social de protección, y, de otro, una función terapéutica que está relacionada con el interés individual de la persona en recibir una apropiada e individualizada en forma de terapia o de tratamiento» entendiendo que cualquier «detención de personas con enfermedad mental debe tener un propósito terapéutico dirigido a curar o a aliviar la condición de salud mental, incluyendo, cuando sea apropiado, reducir o controlar su peligrosidad».<sup>74</sup> Así, el TEDH ha señalado que debe probarse

71. *Guide on Article 5 of the European Convention on Human Rights*, cit., párr. 114. Ha aclarado el TEDH que el momento relevante en el cual debe establecerse que una persona tiene un desorden mental a los efectos del art. 5.1e es el de la adopción de la medida que priva a la persona de su libertad. Vid. Sentencias *Ilmseher v. Germany* de 4 de diciembre de 2018 y *O.H. v. Germany*, 24 de noviembre de 2011. En la sentencia *Stanev v. Bulgaria*, de 17 de enero de 2012, de 17 de enero de 2012, el TEDH entendió que no se había determinado de forma fidedigna la existencia de un desorden mental que justificara el ingreso, en tanto la decisión sobre la pertinencia de la medida se había basado en un examen psiquiátrico realizado dos años antes y que había sido realizado en el marco del procedimiento de incapacitación. Y ha insistido en que los informes médicos en los que confían las autoridades para decretar estas medidas deben ser suficientemente recientes, *Kadusic v. Switzerland*, 9 de enero de 2018.

72. *Guide on Article 5 of the European Convention on Human Rights*, cit., párr. 110 y 112. Vid. *Glien v. Germany* de 28 de noviembre de 2013.

73. Vid. *Hutchison Reid v. the United Kingdom*, 20 de mayo de 2003.

74. *Guide on Article 5 of the European Convention on Human Rights*, cit., párr. 120, *Rooman v. Belgium*, 31 de enero de 2019.

que la privación de la libertad es necesaria en la situación particular, considerando que esta necesidad concurre no sólo cuando la persona precisa «terapia, medicamentos u otro tratamiento clínico para curar o aliviar su condición», sino también cuando la persona requiere «control y supervisión para evitar que, por ejemplo, se cause daño a sí misma o a otras personas.<sup>75</sup> Y, además, ha dado cobertura a los internamientos de carácter asistencial al entender que la necesidad objetiva de asistencia social, siempre que concurra un desorden mental grave, puede tenerse en cuenta también en la imposición de medidas que supongan la privación de libertad.<sup>76</sup>

En el caso *Stanev v. Bulgaria* el TEDH se ha referido a la obligación de tener en cuenta a la hora de valorar la necesidad de la medida de internamiento la «insuficiencia» de otras medidas alternativas menos graves.<sup>77</sup> En este caso aludió también el TEDH a la obligación de tener en cuenta «tan lejos como sea posible» los deseos de una persona capaz de expresar su voluntad, pues no hacerlo podría dar lugar a situaciones de abuso y obstaculizar el ejercicio de sus derechos. Además, ha establecido que

debe existir una correlación entre el lugar y la razón del internamiento<sup>78</sup> y ha considerado que la detención debe ser efectuada en un hospital, clínica u otra institución apropiada.<sup>79</sup>

El TEDH ha dejado claro también que la incapacidad, no puede justificar la privación de libertad y que un internamiento debe considerarse involuntario siempre que la persona se oponga al mismo, aunque haya sido autorizado, de conformidad con la legislación interna, por su tutor<sup>80</sup> y ha reconocido que la aquiescencia de la persona en relación con la adopción de la medida no constituye necesariamente un consentimiento válido.<sup>81</sup>

El TEDH ha insistido especialmente en la necesidad de que la privación de la libertad de las «personas enajenadas» se rodee de salvaguardas procedimentales que ha ido reforzando en su jurisprudencia a lo largo de los últimos años.<sup>82</sup> Así, ha señalado que en estos supuestos se requiere un proceso justo y adecuado que ofrezca suficiente protección contra la detención arbitraria<sup>83</sup> teniendo en cuenta la especial vulnerabilidad de las personas afectadas y ha

75. *Guide on Article 5 of the European Convention on Human Rights*, cit., párr. 111. Vid. las sentencias *Hutchison Reid v. the United Kingdom* y *Ilseher v. Germany*, ya citadas. De esta forma, se ha señalado que el art. 5.1 autoriza el internamiento de una persona con un desorden mental incluso cuando no se prevee tratamiento médico pero tal medida está justificada debidamente por la gravedad del estado de salud de la persona y la necesidad de proteger a la propia persona o a otras personas, *N. v. Romania*, 28 de noviembre de 2017.

76. Vid. *Stanev v. Bulgaria*, ya citado.

77. En la sentencia *D. D. v. Lithuania*, de 14 de febrero de 2012 también se menciona, pero sin justificarse, la inexistencia de mecanismos de atención alternativos. Vid. también *Stefan Stankov v. Bulgaria* 17 de marzo de 2015 donde el TEDH señala que antes de la adopción de la medida de privación de la libertad, debe probarse primero que todas las medidas posibles que reflejen los deseos y preferencias de la persona han sido agotadas.

78. Vid. *Aerts v. Belgium*, sentencia de 30 de julio de 1998 y *H. L. v. United Kingdom*, sentencia de 5 de octubre de 2004.

79. *Guide on Article 5 of the European Convention on Human Rights*, cit., párr. 116.

80. *Shtukaturov v. Russia*, *Stanev v. Bulgaria* y *DD. v. Lithuania*.

81. *H. L. v. the United Kingdom* ya citada.

82. Vid. *Guide on Article 5 of the European Convention on Human Rights*, cit., párrs. 121-124.

83. *V. K. v. Russia*, de 18 de septiembre de 2017 y *X. v. Finland*, de 3 de julio de 2012.

apuntado la necesidad de aducir razones de peso para justificar cualquier restricción de sus derechos.<sup>84</sup>

En este sentido, el TEDH ha indicado que el artículo 5.4 de la CEDH, que establece el derecho a presentar un recurso ante un órgano judicial a fin de que se pronuncie en breve plazo sobre la legalidad de su detención y ordene su puesta en libertad si fuera ilegal, es aplicable a la privación de libertad de las personas con discapacidad mental. En relación con esta cuestión, ha considerado que, en el caso de que no esté prevista una revisión periódica de la situación, la persona tiene derecho a recurrir a intervalos razonables su internamiento,<sup>85</sup> que un sistema de revisión periódica en el que la iniciativa de revisión recaiga sólo en las autoridades no es suficiente;<sup>86</sup> que el acceso al recurso tiene que ser directo y no a través del tutor o de la institución en la que está ingresada la persona;<sup>87</sup> que la disponibilidad de este recurso es especialmente importante en aquellos sistemas en los que el tutor puede autorizar el internamiento sin intervención judicial;<sup>88</sup> que el procedimiento establecido tiene que contar con las garantías procesales adecuadas en función del tipo de privación de libertad y de las circunstancias particulares en las que se lleve a cabo y que es esencial que la persona afectada tenga la oportunidad de ser escuchada sea en persona o, en su caso, a través de alguna

forma de representación.<sup>89</sup> Según el TEDH lo anterior implica que la persona tiene derecho a recibir asistencia legal en los procedimientos relacionados con la adopción, suspensión o continuación de su detención y que el mero nombramiento formal de un abogado,<sup>90</sup> sin que realmente asista a la persona en el proceso, no cumple con las exigencias del 5.1.e.

Por otro lado, el TEDH ha analizado la cuestión de si determinadas medidas coercitivas o tratamientos médicos administrados sin consentimiento a las personas privadas de libertad en virtud del art. 5.1.e constituyen un trato inhumano y degradante prohibido por el artículo 3 CEDH. En su análisis el TEDH ha afirmado que «en general, no puede ser catalogada como inhumana o degradante una medida dictada por razones de necesidad terapéutica»;<sup>91</sup> ha señalado que los malos tratos deben tener un nivel mínimo de gravedad para caer en el ámbito del artículo 3 cuya evaluación depende de las circunstancias del caso, la naturaleza y el contexto del tratamiento, el método y la forma de su ejecución, su duración, su impacto físico o mental, sus efectos y, en algunos casos, del sexo, edad y estado de salud de la víctima,<sup>92</sup> y ha entendido que el empleo de medios coercitivos del tipo de la alimentación forzosa, el aislamiento o incluso el empleo de esposas, no fundamentan la apreciación de una vulneración del art. 3 CEDH.<sup>93</sup>

84. *M. S. v. Croatia*, de 19 de febrero de 2015.

85. Vid. en general *M. H. v. the United Kingdom* ya citada.

86. Vid. por ejemplo *X. v. Finland*, ya citada.

87. *Shtukaturov v. Russia*, ya citada.

88. Idem.

89. Este requisito se afirmó en el asunto *Megyeri v. Germany*, sentencia de 12 de mayo de 1992 al que se alude tras la entrada en vigor de la CDPD, en *Stanev v. Bulgaria* y *DD. v. Lithuania*.

90. *M. S. v. Croatia* y *N. v. Romania* ya citadas.

91. *Herczegfalvy v. Austria*, sentencia de 24 de septiembre de 1992.

92. *Kudl v. Poland*, sentencia de 26 de octubre de 2000 y *Poltoratski v. Ukraine*, sentencia de 23 de abril de 2003.

93. *Herczegfalvy v. Austria*, cit. Tampoco en la reciente sentencia *D. D. v. Lithuania* el TEDH, aunque de nuevo considera preocupante que la demandante fuese recluida en una sala de aislamiento, se le hubiese

Resulta sorprendente que el TEDH no se haya cuestionado, tampoco en casos en los que considera que existe una vulneración del art. 5.1e de la CEDH, al no haberse determinado la existencia de un desorden mental grave y en los que admite que «de hecho» la persona afectada tenía capacidad para pronunciarse sobre el internamiento, la legalidad del tratamiento al que las personas privadas de libertad fueron sometidas sin su consentimiento.<sup>94</sup> Aunque las condiciones de administración del tratamiento involuntario y sus consecuencias no tuviesen la entidad para constituir una violación del art. 3 d CEDH, se trata de una cuestión que no se puede dejar de lado y en la que el TEDH no tiene en cuenta los principios de la *Resolución R 2004 (10)*.

Por tanto, resulta claro que la posición del TEDH difiere de la comprensión del derecho a la libertad y a la seguridad plasmada en el art. 14 CDPD tal y como ha sido interpretada por su Comité. De hecho, en la sentencia *Rooman v. Belgium* de 31 de enero de 2019 el TEDH reconoce que el art. 5.1e de la CEDH permite la detención legal de «personas con problemas mentales», y que, por lo tanto, tal y como se interpreta actualmente, no contiene una prohibición de la privación de la libertad sobre la base de la discapacidad en contraposición con lo que defiende el Comité sobre los Derechos de las

Personas con Discapacidad en los apartados 6-9 de sus *Directrices* sobre el art. 14 CDPD.

#### 4.2.2. El debate sobre la adopción del Protocolo del Convenio de Oviedo

En el contexto del Consejo de Europa el debate en torno a la justificación del internamiento involuntario se ha intensificado en el marco del proceso de redacción del borrador del *Protocolo Adicional del Convenio de Oviedo* elaborado por el Comité de Bioética del Consejo de Europa.

En 2011 este Comité —órgano encargado por el Comité de Ministros del Consejo de Europa de elaborar los textos legales o recomendaciones sobre derechos humanos en el campo de la biomedicina— adoptó una declaración en la que manifestaba que no existía incompatibilidad entre la CDPD y el Convenio de Oviedo. En su opinión «la existencia de una discapacidad no puede justificar por sí sola la privación de libertad o el tratamiento involuntario. El tratamiento o el internamiento involuntario solo se pueden justificar en conexión con un problema mental importante, si es probable que la ausencia de tratamiento o internamiento provocará un daño grave en la salud de la persona o de un tercero».<sup>95</sup> Además, señala que estas medidas sólo pueden ser adoptadas «con sujeción a las condiciones de protección prescritas por la ley,

---

administrado forzosamente una dosis adicional de medicamentos y hubiese sido atada a una cama durante 15-30 minutos, aprecia una vulneración del artículo 3 al entender que existe una necesidad médica que justifica la adopción de estas medidas

94. En *Shtukaturov v. Russia* el TEDH no entra a valorar si el tratamiento administrado supone una vulneración del art. 3 de la CEDH, al considerar que no están suficientemente probados los hechos que se alegan. En *Stanev v. Bulgaria* sí se aprecia una vulneración del art. 3, aunque basada en las condiciones deplorables del centro en el que se produce el internamiento. En *DD. v. Lithuania*, no se tiene en cuenta que no se informó a DD. de los efectos del tratamiento y que en ocasiones no consintió su administración.
95. Steering Committee on Bioethics, *Statement on the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities*, CDBI/INF (2011) 10, 2011, disponible en <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=09000016804553bo>.



incluidos los procedimientos de supervisión, control y apelación».<sup>96</sup>

En el mismo año 2011 la Dirección del Comité de Bioética acordó incluir la elaboración de un nuevo Protocolo Adicional<sup>97</sup> del Convenio de Oviedo dedicado a la protección de los derechos y de la dignidad de las personas con desórdenes mentales en su programa de trabajo para 2013. Esta decisión respondía, según el Comité, a las «lagunas» detectadas en diversos Estados parte del Consejo de Europa en la implementación de la *Recomendación R (2004)*<sup>10</sup> en particular en lo que concierne a las previsiones legales que regulan el tratamiento y el internamiento involuntario de las personas con desórdenes mentales, lo que, a su juicio, aconseja la adopción de un instrumento jurídico vinculante para reforzar el rango legal de determinados principios y garantías en la aplicación de estas medidas en aras de asegurar la protección de los derechos de las personas afectadas.<sup>98</sup>

En el año 2015 un primer borrador fue sometido a consulta pública. A pesar de las serias objeciones planteadas al texto por diversas partes interesadas, con el respaldo del Comité de Ministros, el Comité de Bioética reanudó sus trabajos y en 2018 aprobó un nuevo borrador.

En el Preámbulo y en el informe explicativo del texto de este segundo borrador se insiste en que la existencia de un desorden mental, por sí misma, no puede justificar la adopción de medidas involuntarias, se reconoce que, en tanto el uso del tratamiento y el internamiento involuntario tiene el potencial de afectar a los

derechos y libertades fundamentales, deben ser minimizados y ser usados únicamente como último recurso y se afirma que cuando estas medidas tienen que ser utilizadas las personas afectadas deben ser efectivamente protegidas con mecanismos de supervisión apropiados. En todo caso, el Comité de Bioética considera que las medidas involuntarias impuestas a las personas con trastorno mental no plantean ningún problema de discriminación y, por lo tanto, de compatibilidad con la CDPD, ya que no es la existencia del trastorno mental, en sí misma, lo que justifica su adopción; si bien considera necesario, para salvaguardar la dignidad y los derechos de las personas afectadas, clarificar los estándares de protección aplicables.

La versión de este segundo borrador establece en sus arts. 10 y 11 los criterios para la aplicación del internamiento y el tratamiento involuntario de una persona con trastorno mental: (1) que la condición de salud mental de la persona represente un riesgo significativo de daño grave para su salud y su capacidad para decidir sobre su internamiento o tratamiento esté seriamente dañada; o que la persona con problemas de salud mental represente un riesgo significativo de daño grave para otros; (2) que la medida involuntaria tenga una finalidad terapéutica y (3) que todas las medidas voluntarias para afrontar esos riesgos hayan resultado insuficientes.

Además, este segundo borrador establece diversas garantías para la aplicación de estas medidas exigiendo que sean adoptadas por un órgano judicial u otro órgano competente sobre la base del informe médico de un especialista, tras haber escuchado a la persona afectada

96. Idem.

97. La información sobre este Protocolo específico y el texto de su borrador pueden consultarse en <https://www.coe.int/en/web/bioethics/-/frequently-asked-questions-on-draft-additional-protocol-concerning-the-protection-of-human-rights-and-dignity-of-persons-with-mental-disorder-with-reg> (última consulta 2 de junio de 2020).

98. Vid. el *Draft Explanatory Report* disponible en la dirección antes citada.

que puede contar con el apoyo de una persona de su confianza, teniendo en cuenta la opinión de la persona y los deseos que previamente pudiera haber expresado y consultando, en su caso, con su representante.<sup>99</sup> Asimismo, se indica que cuando una persona es sometida a un internamiento involuntario la decisión de aplicarle un tratamiento debe ser tomada al menos por dos psiquiátricos especialistas, uno de los cuales no debe estar involucrado en el cuidado de la persona y que la decisión de la medida involuntaria debe establecer el tiempo que puede durar y las condiciones para su revisión periódica. La persona sometida a la medida involuntaria tendrá el derecho a recurrir la decisión y a solicitar la revisión de la medida o su continuidad (art. 16).

El borrador se refiere también a la aplicación de medidas de aislamiento y contención indicando que las mismas sólo podrán emplearse para evitar un daño inminente a la persona o a terceros, que deberán desarrollarse en un ambiente apropiado, de acuerdo con los principios de necesidad y proporcionalidad, usarse como último recurso y mantenerse únicamente

por el tiempo que sea estrictamente necesario (art. 17). En todo caso, se prohíbe el empleo de medidas que produzcan efectos físicos irreversibles (art. 18).

Finalmente, el segundo borrador regula en su Capítulo VI los derechos de información y comunicación de las personas sometidas a medidas involuntarias y en su Capítulo VIII se refiere a la obligación de establecer registros de tales medidas y procedimientos de queja y de vigilancia independiente.

Como antes se avanzó, el segundo borrador de *Protocolo* ha sido objeto de fuertes críticas desde diversas instancias incluidos organismos del sistema universal de protección de los derechos humanos, entre ellos, obviamente, el propio Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad<sup>100</sup> y los mecanismos que apoyan su posición en relación con la prohibición absoluta de la privación de la libertad por motivos de discapacidad y la necesidad de acabar con los internamientos y tratamientos involuntarios,<sup>101</sup> muchas organizaciones representativas de personas con discapacidad<sup>102</sup> y

99. En situaciones de emergencia un órgano competente puede adoptar la decisión de imponer la medida involuntaria, contando con el pertinente informe médico, y habiendo escuchado en la medida de lo posible a la persona afectada, a la persona de su confianza y, en su caso, a su representante.

100. Vid. *Statement by the Committee on the Rights of Persons with Disabilities calling States parties to oppose the draft Additional Protocol to the Oviedo Convention*, 2018. Apunta este Comité que el borrador de Protocolo viola el art. 5 de la Convención sobre igualdad y no discriminación en combinación con los arts. 12, 14, 17 y 25. disponible en <https://www.coe.int/en/web/bioethics/-/frequently-asked-questions-on-draft-additional-protocol-concerning-the-protection-of-human-rights-and-dignity-of-persons-with-mental-disorder-with-reg>

101. Vid., por ejemplo, *Letter to the Council of Europe Secretary General on the draft additional protocol to the Oviedo Convention from mandates of the Working Group on Arbitrary Detention; the Chair of the Committee on the Rights of Person with Disabilities; the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities and the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*, 2017, disponible en <https://www.coe.int/en/web/bioethics/-/frequently-asked-questions-on-draft-additional-protocol-concerning-the-protection-of-human-rights-and-dignity-of-persons-with-mental-disorder-with-reg>.

102. Vid. *Open letter to the Council of Europe's Secretary General regarding the draft additional protocol to the Oviedo Convention*, 2018, suscrita por la European Network of (ex) User and Survivors of Psychiatry, Austim Europe, Inclusion Europe, Mental Health Europe e International Disability Alliance, disponible en

de derechos humanos en general y las propias instituciones del Consejo de Europa.

Ya en 2016 la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa adoptó la *Recomendación 2091 (2016) The case against a Council of Europe legal instrument on involuntary measures in psychiatry*<sup>103</sup> en la que afirma tener serias dudas sobre el valor añadido que supone la adopción de un nuevo instrumento legal en esta materia y, sobre todo, muestra su preocupación por la compatibilidad de este instrumento con la CDPD que, a su modo de ver, constituye la referencia internacional en el campo de la discapacidad y debe ser el punto de partida para cualquier trabajo del Consejo de Europa en esta área.

Señala la Asamblea que, si bien la Convención no se refiere explícitamente al internamiento o al tratamiento involuntario de las personas con discapacidad, su art. 14 establece de manera muy clara que la privación de la libertad basada en la discapacidad es contraria a la CDPD y que la interpretación adoptada por el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad implica entender que esta prohibición opera también cuando junto con la discapacidad se apela a criterios adicionales para justificar la detención, como la peligrosidad para la propia persona o terceros. La Asamblea considera que estos criterios son discriminatorios en tanto otras personas que podrían estar en riesgo de ser un peligro para sí mismas o para terceros no están sujetas a las mismas limitaciones en sus derechos que las personas con discapacidad y afirma que el tratamiento forzoso vulnera el

derecho al igual reconocimiento como persona ante la ley y el derecho a la integridad personal, entre otros derechos. En opinión de la Asamblea cualquier instrumento legal que mantenga el vínculo entre las medidas involuntarias y la discapacidad implica una discriminación y, por tanto, una vulneración de la CDPD y el borrador del *Protocolo Adicional* mantiene este vínculo en tanto tener un «desorden mental» constituye el motivo que justifica el internamiento y el tratamiento involuntario, junto con otros criterios.

Advierte, además, esta *Resolución* de los desafíos que enfrentan los Estados para conciliar los principios de no discriminación de la CDPD con la tradicional regulación de las cuestiones de salud mental. Y entiende que ignorar, como hace el borrador, la interpretación de la CDPD por parte de un organismo de supervisión establecido de conformidad con el Derecho Internacional no solo socavaría la credibilidad del propio Consejo de Europa como organización regional de derechos humanos, sino que también correría el riesgo de crear un conflicto explícito entre las normas internacionales a nivel global y europeo.

Por ello, la Asamblea recomienda al Comité de Ministros, en primer lugar, que se abandone la propuesta de aprobar el *Protocolo* y que, en su lugar, los trabajos en el campo de la salud mental se centren en la promoción de alternativas a las medidas involuntarias de conformidad con el espíritu de la CDPD. En el caso de que se decida que los trabajos para la aprobación del *Protocolo* deben seguir solicita que se implique

<http://www.edf-feph.org/newsroom/news/disability-organisations-urge-council-europe-withdraw-addition-protocol-oviedo> (última consulta 2 de junio de 2020). En España CERMI y Salud Mental España remitieron en 2018 una carta a los Ministros de Asuntos Exteriores y de Sanidad, solicitando que el Gobierno español se opusiera a la adopción del Protocolo. Vid. <http://semanal.cermi.es/noticia/CERMI-SALUD-MENTAL-ESPANA-exigen-Gobierno-oponga-Protocolo-Adicional-Convenio-Oviedo-contrario-derechos-humanos.aspx>.

103. Disponible en <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-DocDetails-en.asp?FileId=22575>, (Última consulta 2 de junio de 2020).

en el proceso de redacción a las organizaciones de derechos de las personas con discapacidad.<sup>104</sup>

El Comité de Ministros contestó a la *Recomendación* de la Asamblea<sup>105</sup> incidiendo en la justificación de las medidas involuntarias para evitar riesgos de daños serios para la salud de la persona o terceros y en la importancia de contar con una herramienta que asegure que en la aplicación de tales medidas se respetan siempre las garantías requeridas por la CEDH y, en especial, que se protegen los derechos humanos de las personas afectadas y se evitan violaciones de la Convención como las identificadas por el TEDH. El Comité de Ministros reiteró así su convencimiento de que la elaboración de un instrumento jurídico orientado a establecer el marco necesario para la aplicación de medidas involuntarias en el Consejo de Europa contribuiría a la prevención de abusos y fomentaría la transición progresiva a una aplicación más uniforme de las medidas voluntarias en psiquiatría por parte de los Estados miembros, de conformidad con el espíritu de la CDPD.

En mayo de 2018 el Comité de Bioética remitió la nueva versión del proyecto, antes analizada,

a distintos órganos del Consejo de Europa para que enviaran comentarios al respecto y también acordó desclasificar el documento y ponerlo en conocimiento del público en general.

En octubre de 2018 el Comité de Asuntos Sociales, Salud y Desarrollo Sostenible de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa elaboró un informe sobre la situación en la que se encontraba el borrador del *Protocolo Adicional del Convenio de Oviedo*. A juicio de este Comité, dicho instrumento no es adecuado para cumplir su propósito en tanto no protege a las personas con discapacidad de violaciones de derechos humanos, al mantener el *status quo* que está en el origen de tales violaciones y abusos. Considera dicho Comité que la adopción del Protocolo corre el riesgo de multiplicar el recurso a la imposición de medidas involuntarias regulando lo que debe ser la excepción, con el peligro de que esta excepción se convierta después fácilmente en la norma general, y subraya también su incompatibilidad con la CDPD, por lo urge a cesar los trabajos y a poner el foco en medidas preventivas y en medidas alternativas a las intervenciones involuntarias.<sup>106</sup>

104. Y ello de acuerdo con la *Resolución de la Asamblea Parlamentaria 2039 (2015)*, que exige que todas las políticas y medidas que se adopten relacionadas con las personas con discapacidad se lleven a cabo con la estrecha participación de las organizaciones que les representan.

105. Vid. su respuesta en [https://search.coe.int/cm/Pages/result\\_details.aspx?ObjectId=09000016806b8195#\\_ftn2](https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectId=09000016806b8195#_ftn2) (última consulta 2 de junio de 2020).

106. Vid. *Comments on the draft Additional Protocol to the Oviedo Convention, concerning the protection of human rights and dignity of persons with mental disorder with regard to involuntary placement and involuntary treatment*, 2018. Disponible en <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=27701&lang=en> (última consulta 2 de junio de 2020). El Comité destaca, además, los serios problemas que presentan las definiciones y términos usados, al ser «peligrosamente» imprecisos y estigmatizantes; el carácter discriminatorio de los criterios que determinan el ingreso y el tratamiento involuntario y el proceso de toma de decisiones en relación con el tratamiento involuntario de las personas sujetas a internamientos forzados. El Comité muestra también su especial preocupación por la adición a este Borrador de un Capítulo dedicado a las «situaciones específicas» y, en particular, por su art. 18 que al prohibir el tratamiento con el objetivo de producir efectos físicos irreversibles en el contexto de las intervenciones involuntarias, en la práctica tan sólo excluye efectivamente operaciones quirúrgicas como la lobotomía, pero no tratamientos con efectos irreversibles que no son médicos, sino, por ejemplo, mentales tales como el *electroshock* ni tampoco intervenciones que producen tales efectos como consecuencia colateral.

También el anterior Comisario para los Derechos Humanos del Consejo de Europa Nils Muiznieks mostró ya en 2015 su firme oposición al Borrador del *Protocolo Adicional*<sup>107</sup>, oposición que volvió a reiterar en 2018 la nueva Comisaria Dunja Mijatovic en relación con el actual texto.<sup>108</sup>

Si bien en las consideraciones realizadas por la Comisaria Dunja Mijatovic —que reiteran las adoptadas por su predecesor— se reconoce que el Comité de Bioética comenzó sus trabajos con la intención de mejorar la protección de las personas con discapacidad psicosocial en la aplicación de medidas involuntarias en contextos médicos, se advierte que el borrador puede provocar justamente el efecto opuesto, no sólo por las previsiones específicas que contiene, sino también por la aproximación general que subyace tras el texto expresando tres grandes preocupaciones: la incompatibilidad del proyecto con la CDPD, su fallo al abordar la raíz del problema y la insuficiente consulta con las propias personas a las que se pretende proteger, quienes se oponen firmemente al texto.

Por lo que respecta al primero de los problemas, se subraya que el Consejo de Europa debe abstenerse de elaborar normas en conflicto con los estándares globales de derechos humanos que podrían debilitar la protección ofrecida por tales estándares y se remarca que el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, así como otros organismos de derechos humanos de Naciones Unidas, han denunciado la incompatibilidad del borrador

del Protocolo con la CDPD. En este sentido, se apunta que dicha incompatibilidad no se limita a la regulación de las intervenciones involuntarias, sino que también se extiende al lenguaje estigmatizante empleado, que responde al modelo médico de discapacidad; al hecho de que el alcance del borrador y los criterios establecidos son inherentemente discriminatorios y a la estrecha e inadecuada aproximación del proyecto a la cuestión crucial de las necesidades de apoyo de las personas con discapacidad psicosocial para poder ejercer su capacidad jurídica y su autonomía en igualdad de condiciones en el contexto de la salud mental. A juicio de la Comisaria para los Derechos Humanos del Consejo de Europa, la adopción del Protocolo crearía un claro conflicto entre estándares internacionales que podría generar confusión y socavar la protección de los derechos humanos en el contexto europeo al aprobar un texto legalmente vinculante que se sitúa por debajo de los estándares de Naciones Unidas internacionalmente acordados.

En relación con el segundo de los problemas mencionados, se cuestiona la consideración de que los abusos que las personas con discapacidad psicosocial sufren en los entornos médicos tienen como causa significativa la ausencia de garantías legales, afirmándose que la gran mayoría de los Estados ya cuentan con salvaguardas similares o incluso más reforzadas que las incluidas en el borrador y, sin embargo, fallan sistemáticamente a la hora de evitar internamientos involuntarios innecesarios y

---

107. Vid. *Comments of the Council of Europe Commissioner for Human Rights on the Working document concerning the protection of human rights and dignity of persons with mental disorder with regard to involuntary placement and involuntary treatment*, 2015, disponible en <https://rm.coe.int/comments-of-the-council-of-europe-commissioner-for-human-rights-on-the/16806da561> (última consulta 2 de junio de 2020).

108. Vid. *Comments of the Council of Europe Commissioner for Human Rights on the raft Additional Protocol to the Convention on Human Rights and Biomedicine concerning the Protection of Human Rights and Dignity of Persons with Mental Disorder with regard to Involuntary Placement and Involuntary Treatment*, 2018, disponible en <https://rm.coe.int/comments-by-dunja-mijatovic-council-of-europe-commissioner-for-human-r/16808f1111>, (última consulta 2 de junio de 2020).

otros abusos graves. En este punto, se suscribe también la opinión del anterior Comisario indicando que la razón principal del problema es la naturaleza inherentemente discriminatoria de la mayoría de los sistemas legales cuando se trata de personas con discapacidades psicosociales; discriminación que se plasma, por ejemplo, en la desconsideración de sus necesidades de apoyo, la falta de preparación de los jueces para manejar las implicaciones de las medidas involuntarias en los derechos humanos, y la desigualdad y los prejuicios presentes en tales decisiones. Así, se entiende que lo que se necesita en el contexto europeo actual es orientación acerca de cómo evitar el recurso a medidas involuntarias, cuestión que no es abordada de manera adecuada en el borrador. Teniendo en cuenta lo anterior, se considera muy poco probable que la adopción del *Protocolo* conduzca a una mejora o reducción significativa de las violaciones de los derechos humanos sufridas por las personas con discapacidades psicosociales en entornos donde ya están sometidas rutinaria e innecesariamente a medidas involuntarias y se entiende que el adoptar un instrumento legal vinculante sobre una parte muy estrecha de una cuestión multifacética y compleja, podría aumentar la confusión y retrasar reformas en marcha necesarias a la luz de la CDPD. Además, se señala que la aprobación del *Protocolo* en lugar de limitar al mínimo las intervenciones involuntarias, puede tener como resultado su incremento debido a la apariencia de legalidad que un instrumento vinculante otorgaría a prácticas que potencialmente pueden causar violaciones de los derechos humanos, insistiéndose en que una interpretación amplia de sus disposiciones podría tener implicaciones negativas para tales derechos.

Finalmente, por lo que atañe al tercero de los problemas, la Comisaria para los Derechos Humanos considera que la obligación de consultar de manera estrecha y garantizar la participación activa de las personas con discapacidad a través de sus organizaciones representativas en cualquier proceso de toma de decisiones sobre cuestiones relacionadas con las personas con discapacidad, y en particular, en cualquier actividad de establecimiento de normas que podrían tener un impacto en la implementación de la CDPD por los Estados miembros no se ha cumplido. Estas organizaciones no fueron consultadas inicialmente sobre la cuestión crucial de la necesidad real de la adopción del *Protocolo* y de su enfoque general, sino que la consulta tuvo lugar en una etapa tardía del proceso de redacción, permitiéndoseles tan sólo presentar enmiendas sobre un texto ya existente en relación con el cual expresaron profundos desacuerdos, y, además, su limitada participación no dio lugar a ningún cambio significativo, ignorándose sistemáticamente sus aportaciones. Por todas estas razones la Comisaria considera que el proyecto de *Protocolo adicional* puede resultar en última instancia contraproducente para la protección de los derechos de las personas con discapacidad psicosocial y pide que no se adopte.<sup>109</sup>

Ante las críticas generadas en enero de 2019 el Comité de Bioética publicó una nota explicando la necesidad del *Protocolo*<sup>110</sup> en la que señala que todos los países del Consejo de Europa establecen alguna forma de internamiento involuntario o tratamiento involuntario y que sólo tres de ellos han manifestado públicamente el compromiso de eliminar estas medidas en el

109. En todo caso, aclara la Comisaria que su posición no debe entenderse como una llamada a la abolición inmediata de las medidas involuntarias en psiquiatría, sino a no interrumpir el proceso en curso de reducción de tales medidas en muchos Estados miembros del Consejo de Europa.

110. *Draft Additional Protocol concerning the protection of human rights and dignity of persons with mental disorder with regard to involuntary placement and involuntary treatment. Frequently asked questions*, DH-BIO/INF (2018) 10, 9 de enero de 2019, <https://rm.coe.int/inf-2018-10-psy-frequent-questions-e/1680925d19>.

corto plazo, advierte del incremento de condenas del TEDH por violaciones del art. 5.1 e) CEDH por falta de garantías procesales en la adopción y recuerda las lagunas detectadas en el examen del grado de cumplimiento de la *Recomendación 2004* (10). Asimismo, insiste en que la finalidad del *Protocolo* no es promover la adopción de medidas involuntarias, sino minimizar su uso y prevenir los abusos causados por la falta de salvaguardas legales y señala que los criterios para la aplicación de las medidas se alinean con la posición expresada por el Comité de Derechos Humanos en su *Comentario General N.º 35*.

En junio de 2019 la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa adoptó la *Recomendación 2158 (2019)* y la *Resolución 2291 (2019)* tituladas *Ending coercion in mental health: the need for a human rights-based approach*.<sup>111</sup> En la Resolución la Asamblea hace hincapié en los efectos negativos de las medidas coercitivas en el ámbito de la salud mental; aboga por la reforma de los sistemas de salud mental en Europa desde un enfoque de derechos humanos compatible con la CDPD y propone una serie de medidas para iniciar de manera inmediata la transición al nuevo modelo. En su Recomendación la Asamblea se opone, de nuevo, a la adopción del Protocolo del Convenio de Oviedo e insiste en su incompatibilidad con la CDPD, en su incapacidad para proteger a las personas con necesidades de atención a la salud mental y con discapacidad psicosocial de violaciones de sus derechos humanos y en la necesidad de abandonar la redacción de este instrumento y redirigir los esfuerzos a establecer directrices para poner fin a la coerción en el ámbito de la salud mental.

De nuevo el Comité de Ministros del Consejo de Europa en febrero de 2020 contestó a la Asamblea<sup>112</sup> mostrando su acuerdo con el deber de promover medidas alternativas a las medidas involuntarias y con la necesidad de reducir la coerción, señalando que este es precisamente el objetivo del estudio iniciado por el Comité de Bioética sobre *Good practices in mental healthcare – how to promote voluntary measures*. En todo caso, remarca que el borrador del *Protocolo Adicional* pretende garantizar que las medidas involuntarias estén sujetas al cumplimiento de criterios estrictos y que sean aplicadas como último recurso e informa de que ha dado instrucciones al Comité de Bioética para finalizar los trabajos en dicho *Protocolo* en el bienio 2020-2021 y para involucrar en el proceso a las organizaciones de personas con discapacidad. Teniendo en cuenta las aportaciones recibidas, el Comité de Ministros alienta al Comité de Bioética a asegurar que el texto del Protocolo incluye previsiones que garanticen la disponibilidad de una amplia selección de medidas primarias apropiadas menos restrictivas e intrusivas y a finalizar el estudio sobre las buenas prácticas en salud mental antes mencionado en el plazo más rápido posible.

El 11 de diciembre de 2020 se adoptó un nuevo borrador del texto del Protocolo. Este borrador incluye en su Preámbulo una nueva previsión que enfatiza la obligación de prohibir cualquier forma de discriminación sobre la base de problemas de salud mental. También incorpora una nueva redacción del art. 3 que señala que «la existencia de un desorden mental por sí misma no podrá justificar en ningún caso el tratamiento o el internamiento involuntario» (consideración que se incluía antes en el Preámbulo y no en el articulado). Asimismo, el nuevo art. 3 alude a la importancia de considerar otras medidas

111. Ambas disponibles en <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-DocDetails-en.asp?FileID=27701&lang=en>

112. Disponible en [https://search.coe.int/cm/Pages/result\\_details.aspx?ObjectId=09000016809c57ea](https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectId=09000016809c57ea), (última consulta 2 de junio de 2020).

alternativas antes de recurrir a las medidas involuntarias. Por su parte en la regulación del art. 17 esta versión se refiere al deber de desarrollar métodos y programas orientados a evitar la aplicación de medidas de aislamiento y contención. Finalmente, se incorpora un nuevo Capítulo relativo a las sanciones, con un único artículo, que se limita a señalar genéricamente que los Estados parte aplicarán sanciones apropiadas en caso de contravenirse las disposiciones del Protocolo.

En todo caso, los cambios incorporados en el texto han sido valorados negativamente como meros retoques de detalle, en tanto, muchas de las nuevas previsiones no son más que el resultado de aplicar el principio de proporcionalidad y de tomarse en serio la idea de que el internamiento y las medidas coercitivas deben ser un último recurso, previsiones ya incluidas en versiones anteriores, y en tanto se sigue manteniendo en idénticos términos la vinculación entre la discapacidad y el internamiento y tratamiento involuntario en la definición de los criterios para la aplicación de las medidas. Asimismo, no se incluye de manera expresa el deber de los Estados de desarrollar medidas alternativas a las medidas involuntarias, sino solo la obligación de agotar las opciones disponibles (que actualmente prácticamente no existen).

Por esta razón, se mantuvo la presión pidiendo la retirada del Protocolo y en el nivel nacional el movimiento de la discapacidad y, en particular, las organizaciones de personas con discapacidad psicosocial han puesto en marcha acciones para convencer a los representantes de los países ante el Comité de Bioética de votar en contra del Protocolo. La votación del texto, prevista en principio para junio de 2021, se pospuso a noviembre.

El 15 de septiembre de 2021 el TEDH resolvió la petición de dictamen consultivo, pendiente

desde diciembre de 2019, elevada por el Comité de Bioética sobre determinadas cuestiones relativas a la interpretación del Convenio de Oviedo atinentes al alcance de su art. 7 que, como antes se indicó, señala que «la persona que sufra un trastorno mental grave sólo podrá ser sometida, sin su consentimiento, a una intervención que tenga por objeto tratar dicho trastorno, cuando la ausencia de este tratamiento conlleve el riesgo de ser gravemente perjudicial para su salud y a reserva de las condiciones de protección previstas por la ley, que comprendan los procedimientos de supervisión y control, así como los de recurso». En particular, el Comité solicita al TEDH que se pronuncie sobre cuáles son «las condiciones de protección que permiten asegurar, sin discriminación, la integridad de la persona intervenida».

Tras diferenciar los dictámenes consultivos del artículo 29 del Convenio de Oviedo de las opiniones consultivas consagradas en el Protocolo N.º16 de la CEDH y advertir que, aunque el Comité de Bioética no lo señala expresamente, la consulta elevada está relacionada con la discusión acerca de la adopción del Protocolo, el TEDH se considera incompetente para realizar la interpretación que se le solicita. El TEDH entiende que los requisitos mínimos de protección en virtud del artículo 7 del Convenio de Oviedo no son susceptibles de precisarse más mediante una interpretación judicial abstracta, pues esta disposición refleja «una elección deliberada de dejar cierto margen de maniobra a los Estados Partes para determinar, con más detalle, las condiciones de protección aplicables en su derecho interno» y que en su caso su precisión y desarrollo entra en la función legislativa (ya en marcha con la iniciativa de adoptar el Protocolo) y no en su función judicial.

Finalmente, el Comité de Bioética se pronunció sobre el borrador de Protocolo Adicional del Convenio de Oviedo el 2 de noviembre de 2021. La mayoría de sus integrantes aprobaron



la decisión de procedimiento de remitir el proyecto al Comité de Ministros del Consejo de Europa (por 28 votos a favor, 7 abstenciones, entre ellas España, y 1 en contra). Durante la reunión el movimiento de la discapacidad volvió a mostrar su disconformidad con la adopción del Protocolo. Antes de que el Comité de Ministros tome una decisión, el proyecto será examinado, de nuevo, por el Comité Directivo de Derechos Humanos y la Asamblea Parlamentaria.

### 4.3. El internamiento involuntario en el sistema interamericano

#### 4.3.1. Instrumentos vinculantes

Si bien es sabido que el Sistema Interamericano cuenta con un Tratado específico en materia de discapacidad —la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (CIDPD)—, dentro del Sistema Interamericano de protección de los derechos humanos no existen documentos vinculantes que aborden en concreto la temática. Sin embargo, cabe destacar la existencia de una serie de documentos que si bien no son vinculantes, lo nutren y complementan estableciendo principios, pautas y orientaciones en la materia.<sup>113</sup>

#### 4.3.2. Instrumentos de soft law

La Declaración de Caracas ha sido un avance importante en la materia, presentando una serie de estrategias para la promoción y protección de los derechos de las personas con discapacidad.<sup>114</sup>

Una de ellas es la actualización de legislaciones nacionales de tal forma que se asegure el respeto de los derechos humanos de las personas con discapacidades mentales y sus familiares, y se promueva la organización de servicios comunitarios que contribuyan a que puedan disfrutar de la libertad personal y por consiguiente ejercer sus derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales y otras libertades fundamentales en pie de igualdad respecto a otros seres humanos.

De igual forma, esta declaración propone desarrollar en los países programas orientados a preservar los derechos humanos de acuerdo a las legislaciones nacionales y de conformidad con los compromisos internacionales respectivos.<sup>115</sup> Además, indica que los cuidados, recursos y tratamientos para personas con trastornos mentales deben salvaguardar invariablemente la dignidad personal y los derechos humanos. Seguir los lineamientos de esta Declaración implica entonces promover el derecho a la salud y otros derechos relacionados de las personas con discapacidad mental, incluido el desarrollo de servicios de salud mental basados en la

113. Jimenez, Heidi V. y Vasquez, Javier. «El derecho internacional, instrumento esencial para la promoción de la salud mental en las Américas», *Rev. Panam. Salud Pública*, vol. 9 n°. 4, Washington, abril del 2001. Disponible en: <http://www.scielosp.org>

114. Adoptada el 14 de noviembre de 1990 se adoptó la *Declaración de Caracas*, en el marco de la *Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina* celebrada en Caracas, Venezuela.

115. Jimenez, Heidi V. y Vasquez, Javier. «El derecho internacional, instrumento esencial para la promoción de la salud mental en las Américas...», op. cit.; Vasquez, Javier, «La Declaración de Caracas: Un instrumento esencial para la promoción y Protección de los derechos humanos de las Personas con Discapacidades Mentales», Disponible en <http://www.scielosp.org>

comunidad, de forma que se elimine la estigmatización de las personas con discapacidad mental y se logre su plena reinserción social.<sup>116</sup>

El documento constituye una fuerte crítica a la atención psiquiátrica convencional que no permite «alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva».<sup>117</sup> En particular, a partir de una revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico, la declaración pugna por una reestructuración basada en la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad y con base en las redes sociales.

El hospital psiquiátrico [...] obstaculiza el logro de los objetivos antes mencionados al: a) aislar al enfermo de su medio, generando de esa manera mayor discapacidad social; b) crear condiciones desfavorables que ponen en peligro los derechos humanos y civiles del enfermo; c) requerir la mayor parte de los recursos financieros y humanos asignados por los países a los servicios de salud mental; d) impartir una enseñanza insuficientemente vinculada con las necesidades de salud mental de las poblaciones, de los servicios de salud y otros sectores.

Debe recordarse que el compromiso de esta Declaración ha sido renovado en el Consenso de Panamá en 2010: «A 20 años de Caracas», en la Conferencia Regional de Salud Mental, bajo el lema «Por un continente sin manicomios en 2020», y con los objetivos de fortalecer el sistema de salud mental comunitaria, instalando los dispositivos de atención de la salud mental en la comunidad local para hacer realidad en la

práctica el derecho de vivir en forma independiente y a ser incluido en la comunidad.

Otra norma de *soft law* importante de mencionar en este contexto son los «Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas».<sup>118</sup> En su artículo 3, prevé una serie de medidas especiales para las personas con discapacidades mentales, obligando a que los sistemas de salud de los Estados Miembros de la Organización de los Estados Americanos incorporen, «por disposición de la ley, una serie de medidas en favor de las personas con discapacidades mentales, a fin de garantizar la gradual desinstitucionalización de dichas personas y la organización de servicios alternativos, que permitan alcanzar objetivos compatibles con un sistema de salud y una atención psiquiátrica integral, continua, preventiva, participativa y comunitaria, y evitar así, la privación innecesaria de la libertad en los establecimientos hospitalarios o de otra índole. La privación de libertad de una persona en un hospital psiquiátrico u otra institución similar deberá emplearse como último recurso, y únicamente cuando exista una seria posibilidad de daño inmediato o inminente para la persona o terceros. La mera discapacidad no deberá en ningún caso justificar la privación de libertad».

Asimismo, establecen que se entenderá por «privación de la libertad» a los fines de su aplicación «cualquier forma de detención, encarcelamiento, institucionalización, o custodia de una persona, por razones de asistencia humanitaria, tratamiento, tutela, protección, o por delitos e infracciones a la ley, ordenada por o bajo el control de facto de una autoridad judicial o

116. Idem.

117. OPS, OMS (1990), «Declaración de Caracas», Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, 14 de noviembre, disponible en: [https://www.oas.org/dil/esp/declaracion\\_de\\_caracas.pdf](https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_de_caracas.pdf)

118. Adoptado por la Comisión durante el 131º período ordinario de sesiones, celebrado del 3 al 14 de marzo de 2008. Resolución 1/08 de la CIDH.

administrativa o cualquier otra autoridad, ya sea en una institución pública o privada, en la cual no pueda disponer de su libertad ambulatoria. Se entiende entre estas categorías de personas(...) a las personas que están bajo la custodia y responsabilidad de ciertas instituciones, tales como: hospitales psiquiátricos y otros establecimientos para personas con discapacidades físicas, mentales o sensoriales; instituciones para niños, niñas y adultos mayores;(... ) y cualquier otra institución similar destinada a la privación de libertad de personas».<sup>119</sup>

Complementando el plano normativo, resulta de interés tener en cuenta que en el año 2009, el Consejo Directivo de la OPS/OMS aprobó por primera vez la Estrategia y Plan de Acción Regional en Salud Mental, que tiene como propósito fundamental fortalecer la respuesta del sector de la salud mediante la ejecución de intervenciones de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación en el campo de la salud mental.<sup>120</sup>

#### 4.3.3. Los órganos del sistema interamericano y su labor interpretativa

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos, órgano principal y autónomo de la Organización de los Estados Americanos (OEA) encargado de la protección y promoción de los derechos humanos en la región, «ha verificado que en las Américas, los usuarios, sus familiares, personal de salud mental, abogados, jueces y demás personas involucradas en la promoción y protección de la salud mental tienen

un conocimiento limitado de los estándares internacionales y normas convencionales que protegen los derechos de las personas con discapacidad mental. Además, estos estándares y normas convencionales no han sido, en la mayoría de los casos, incorporados en las legislaciones nacionales».<sup>121</sup>

Tanto la Comisión Interamericana como la Corte Interamericana de Derechos Humanos han intervenido en casos originados por la violación de derechos de las personas con discapacidad. Y precisamente, las principales vulneraciones de derechos han tenido que ver con Salud Mental (es decir, casos en que se han vulnerado derechos de personas con discapacidad mental o psicosocial).<sup>122</sup>

##### 4.3.3.1. Algunos casos

El primer caso que se abordó en el sistema —en el que intervino la Comisión Interamericana— fue Víctor Rosario Congo vs. Ecuador. El organismo determinó la responsabilidad del Estado ecuatoriano por la muerte de una persona con discapacidad mental dentro de un centro de reclusión. Se determinó que el Ecuador no tomó las medidas pertinentes para la protección de la integridad de Rosario Congo, tomando en cuenta la especificidad que requería la situación de discapacidad, al señalar que la violación al derecho a la integridad física es aún más grave en el contexto del caso particular donde la víctima, «en situación de prisión preventiva y padeciendo una enfermedad mental», se

119. Disposición General.

120. CD49/11, Aprobada por la Resolución CD40.R17 del Consejo Directivo de la OPS.

121. Organización de los Estados Americanos. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2001). Recomendación sobre la promoción y protección de los derechos de las personas con discapacidad mental. En: Informe anual de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos 2000. Disponible en: <http://www.cidh.org/annualrep/2000sp/cap.6d.htm>, acceso diciembre 2009.

122. Véase: Sosa, G. L., «Lineamientos del sistema interamericano de derechos humanos en salud mental», *Revista de Derecho Privado y Comunitario*, Núm. 1994-2015, 2013-1-Derecho y Salud Mental, pp. 275-306.

encontraba bajo la custodia del Estado en una situación de particular vulnerabilidad.<sup>123</sup>

Asimismo, en dicho caso se comprobó que el sistema penitenciario ecuatoriano no cumplía con los estándares internacionales sobre la asistencia médico psiquiátrica, de conformidad con los *Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental* mencionados en el apartado anterior, que establecen que las personas que cumplen penas de prisión por delitos penales o que han sido detenidas en el transcurso de procedimientos penales efectuados en su contra y que, según se ha determinado o se sospecha, padecen una enfermedad mental, deben recibir la mejor atención disponible de salud mental. También se hizo hincapié en las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos, que disponen que las personas con discapacidad mental<sup>124</sup> «no deberán ser reclusos en prisiones y que deben adoptarse disposiciones para trasladarlos lo antes posible a establecimientos para enfermos mentales y en el caso de que deban permanecer en prisión, deben permanecer bajo la vigilancia especial de un médico».<sup>125</sup>

Dado el momento histórico en que el caso fue resuelto, no habiendo sido adoptadas aun ni la Convención Internacional ni la Interamericana en materia de discapacidad, los mayores estándares en materia de salud mental se encontraban recogidos en los Principios y Reglas mencionados. Dichas razones explican que ni la lógica ni

el lenguaje del modelo social formaban parte del marco conceptual de la discapacidad.<sup>126</sup> Sin embargo, el caso ha sido muy importante por haber dado visibilidad a la especial situación de vulnerabilidad en que se encuentran las personas con discapacidad mental, y la necesaria adopción de medidas por parte de los Estados, destinadas a garantizar el goce y ejercicio de los derechos más fundamentales en condiciones de igualdad y sin discriminación por motivo de discapacidad ni de privación de libertad.

Un segundo caso, en el que intervino la Corte Interamericana de Derechos Humanos, ha sido *Ximenes López Vs. Brasil*.<sup>127</sup> Aquí puede observarse que se profundiza en un concepto en el que ya había avanzado la Comisión en el Caso Congo: la especial situación de vulnerabilidad en la que encuentran personas con discapacidad mental privadas de libertad. Estableciendo la Corte que «debido a su condición psíquica y emocional, las personas que padecen de discapacidad mental son particularmente vulnerables a cualquier tratamiento de salud, y dicha vulnerabilidad se ve incrementada cuando las personas con discapacidad mental ingresan a instituciones de tratamiento psiquiátrico».<sup>128</sup> Son importantes las razones que se brindan para explicar esa doble situación de vulnerabilidad, advirtiendo la Corte que «esa vulnerabilidad aumentada, se da en razón del desequilibrio de poder existente entre los pacientes y el personal médico responsable por su tratamiento, y por el alto grado de intimidad

123. CIDH. Informe N.º 63/99. Caso 11.427. Víctor Rosario Congo v. Ecuador. 13 de abril de 1999, párr. 72.

124. La norma utiliza el término de «alienados».

125. Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos adoptadas por el Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, celebrado en Ginebra en 1955, y aprobadas por el Consejo Económico y Social en sus resoluciones 663C (XXIV) de 31 de julio de 1957 y 2076 (LXII) de 13 de mayo de 1977.

126. Bregaglio, cit. p. 124.

127. Corte IDH. *Ximenes Lopes Vs. Brasil*, de 4 de julio de 2006.

128. *Idem*, párr. 129.

que caracterizan los tratamientos de las enfermedades psiquiátricas.<sup>129</sup>

El caso Ximenes López es emblemático, entre otras cuestiones porque la Corte Interamericana establece que las personas con discapacidad mental tienen derecho a una atención de salud mental que «debe tener como finalidad principal el bienestar del paciente y el respeto a su dignidad como ser humano, que se traduce en el deber de adoptar como principios orientadores del tratamiento psiquiátrico, el respeto a la intimidad y a la autonomía de las personas». Y en este último sentido —el de la autonomía de las personas—, es que se establece que la discapacidad mental no debe ser entendida como una incapacidad para determinarse, y debe aplicarse la presunción de que las personas son capaces de expresar su voluntad, la que debe ser respetada por el personal médico y las autoridades. Además siguiendo los *Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental*, la Corte estableció que todo tratamiento debe ser elegido con base en el mejor interés de la persona y en el respeto de su autonomía.<sup>130</sup> Sin embargo, es importante resaltar que (tal vez por ser un caso previo a la entrada en vigor de la CDPCD), en dicho caso la Corte Interamericana no cuestionó el internamiento involuntario de Damiao Ximenes López en un centro de salud mental, cuestión que hoy en día tendría que tener otro abordaje en el contexto de las circunstancias que se dieron, como consecuencia de lo establecido por la CDPD en el marco del

derecho a la libertad y del reconocimiento de la capacidad jurídica.<sup>131</sup>

La Comisión Interamericana otra decisión relevante en esta materia, a través de una medida cautelar, adoptada en el 2003 y reafirmada en el 2008, con respecto a los pacientes del Hospital Neuropsiquiátrico de Paraguay, estableciendo protecciones para las personas con discapacidad mental allí internadas.<sup>132</sup> En el caso se determinó que el sistema penitenciario ecuatoriano no cumplía con los estándares internacionales sobre la asistencia médico psiquiátrica, de conformidad con los *Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental*. Asimismo, si bien no se cuestionó propiamente la medida del internamiento —exigencia a la luz del modelo social de discapacidad y el derecho internacional— la Comisión buscó proteger la integridad de las personas y acabar con los maltratos a los que se les sometía poniendo especial énfasis en el aislamiento celular. De esta manera, la Comisión solicitó a Paraguay que adopte todas las medidas necesarias para proteger la vida y la integridad personal de los y las pacientes del Hospital Neuropsiquiátrico, en especial para prevenir la ocurrencia de nuevos actos de violencia física y sexual al interior del Hospital, y requirió que informe sobre las medidas adoptadas para investigar los presuntos abusos sexuales y hechos de violencia que habrían resultado en la muertes de varias personas, con el fin de prevenir la repetición de tales hechos.<sup>133</sup>

129. Ibidem.

130. Bregaglio, Renata, cit. p. 127.

131. Idem.

132. CIDH, MC 277-07 - Pacientes del Hospital Neuropsiquiátrico, Paraguay. 17 de diciembre de 2003 y 29 de julio de 2008.

133. Se establece que las personas que cumplen penas de prisión por delitos penales o que han sido detenidas en el transcurso de procedimientos penales efectuados en su contra y que, según se ha determinado o se sospecha, padecen una enfermedad mental deben recibir la mejor atención disponible de salud mental; así como con la Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos, que disponen que «[l]os

Es importante destacar que con posterioridad a la vigencia de la CDPD en el sistema universal, tanto la Comisión como la Corte han abordado la temática de discapacidad desde una perspectiva que incluye la concepción del modelo social, y pone el énfasis asimismo en el derecho de acceso a la justicia de personas con discapacidad. Se hace referencia al caso *Furlan y Familiares vs. Argentina*, en el que se focaliza en la determinación de la violación del derecho de acceso a la justicia y debido proceso, por las demoras injustificadas en la tramitación del proceso.<sup>134</sup> La Corte resolvió la controversia entre las partes a partir de una interpretación de los derechos de la CADH y las obligaciones que de estos se desprenden, a la luz de las medidas de protección que se derivan de los estándares generales de protección de derechos en materia de discapacidad. En dicho marco, se realizó un profundo desarrollo de conceptos claves relacionados con el derecho de acceso

a la justicia en el contexto de personas con discapacidad.<sup>135</sup> Afirmando la Corte Interamericana «que las personas con discapacidad a menudo son objeto de discriminación a raíz de su condición, por lo que los Estados deben adoptar las medidas de carácter legislativo, social, educativo, laboral o de cualquier otra índole, necesarias para que toda discriminación asociada con las discapacidades sea eliminada, y para propiciar la plena integración de esas personas en la sociedad.» Y que en el marco de dichas medidas, «el debido acceso a la justicia juega un rol fundamental para enfrentar dichas formas de discriminación».<sup>136</sup>

El caso *Chinchilla Sandoval y otros vs. Guatemala*<sup>137</sup> trata sobre una mujer privada de libertad en un centro penitenciario para mujeres en Guatemala, donde cumplía una condena penal, cuyo estado de salud se deterioró progresivamente en relación con la diabetes y otros

---

alienados [sic] no deberán ser reclusos en prisiones. Se tomarán disposiciones para trasladarlos lo antes posible a establecimientos para enfermos mentales y en el caso de que deban permanecer en prisión, deben permanecer bajo la vigilancia especial de un médico.» CIDH, MC 277-07 - Pacientes del Hospital Neuropsiquiátrico, Paraguay. 17 de diciembre de 2003 y 29 de julio de 2008.

134. Corte IDH. *Furlan y Familiares vs. Argentina*, de 31 de agosto de 2012, párr. 133.

135. Tema que ha preocupado y ocupado a la Corte Suprema de Justicia de la Nación Argentina, y en el que el máximo tribunal ha incorporado los estándares de derechos humanos provenientes del derecho internacional. Palacios, Agustina, «La discapacidad mental como cuestión de derechos humanos a la luz del desarrollo de nuestra jurisprudencia constitucional», en la obra *Maximos precedentes*.

136. Caso *Furlan y Familiares vs. Argentina*, 31/08/2012, párr. 135 El derecho internacional ha buscado dar respuesta a la histórica exclusión de las personas con discapacidad del sistema de justicia, mediante dos normas fundamentales de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad: los arts. 12 y 13. El artículo 12 consagrando la garantía de igualdad en materia de capacidad jurídica, lo que tiene enormes implicancias a la hora de poder ejercer los derechos en el sistema de justicia por parte de una persona con discapacidad mental o intelectual (y que impone una serie de obligaciones, entre ellas el reconocimiento del ejercicio de dicha capacidad durante el proceso, para lo cual se hace necesario garantizar un sistema de apoyos acompañado por salvaguardias judiciales pertinentes). El artículo 13 tiene como fin asegurar «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. (...)».

137. Caso *Chinchilla Sandoval y otros vs. Guatemala. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia* de 29 de febrero de 2016. Serie C No. 312.

padecimientos. Tal situación le generó una discapacidad a partir de una serie de complicaciones, particularmente cuando le fue amputada una pierna, lo que la obligó a moverse en silla de ruedas, en razón de lo cual se requerían ajustes en el centro penitenciario que se alega no fueron debidamente realizados.

En atención a las controversias planteadas, la Corte analizó si el Estado cumplió con sus obligaciones de garantizar los derechos a la integridad personal y a la vida de la presunta víctima, en el siguiente orden: **1** las obligaciones del Estado de proveer atención y tratamiento médico a las personas privadas de libertad; **2** el deber del Estado de proveer un tratamiento adecuado a la presunta víctima por su condición de diabetes y padecimientos relacionados luego de su privación de libertad y **3** la respuesta del Estado frente a la condición de discapacidad de la señora Chinchilla.

Entre otras cuestiones señaló que en atención a lo señalado en las *Reglas Mínimas de Naciones Unidas para el Tratamiento de Reclusos*, los Estados deben proveer atención médica calificada, inclusive psiquiátrica, a las personas privadas de libertad, tanto en situaciones de emergencia como para efectos de atención regular, ya sea en el propio lugar de detención o centro penitenciario o, en caso de no contar con ello, en los hospitales o centros de atención en salud donde corresponda otorgar ese servicio.

La Corte consideró que la necesidad de protección de la salud, como parte de la obligación del Estado de garantizar los derechos a la integridad personal y a la vida, se incrementa respecto de una persona que padece enfermedades graves o crónicas cuando su salud se puede deteriorar

de manera progresiva. Bajo el principio de no discriminación (artículo 1.1 de la Convención), esta obligación adquiere particular relevancia respecto de las personas privadas de libertad.<sup>138</sup>

La Corte reiteró que el derecho a la accesibilidad desde la perspectiva de la discapacidad comprende el deber de ajustar un entorno en el que un sujeto con cualquier limitación puede funcionar y gozar de la mayor independencia posible, a efectos de que participe plenamente en todos los aspectos de la vida en igualdad de condiciones con las demás. En el caso de personas con dificultades de movilidad física, el contenido del derecho a la libertad de desplazamiento implica el deber de los Estados de identificar los obstáculos y las barreras de acceso y, en consecuencia, proceder a eliminarlos o adecuarlos, asegurando con ello la accesibilidad de las personas con discapacidad a las instalaciones o servicios para que gocen de movilidad personal con la mayor independencia posible.<sup>139</sup>

En el caso *Poblete Vilches y otros Vs. Chile* La Corte IDH ha establecido que siempre que el consentimiento lo presten terceras personas, como familiares, tiene que ser por una condición especial que le impida tomar una decisión, como ocurre cuando hay una situación de emergencia para la salud y la persona se encuentra inconsciente. Sin embargo, ha enfatizado que «cualquier limitación en la toma de decisiones tiene que tener en cuenta las capacidades evolutivas del paciente, y su condición actual para brindar el consentimiento».<sup>140</sup> Es decir, que las limitaciones al consentimiento deben ajustarse siempre al criterio de máxima excepcionalidad y constante revisión.

138. Idem, parr. 188.

139. Ibidem, parr. 214.

140. Corte IDH. *Caso Poblete Vilches y otros vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Serie C No. 349, párr. 166.

En vista de lo anterior, la Corte entiende que el consentimiento por representación o sustitución se actualiza cuando se ha comprobado que el paciente, por su especial condición, no se encuentra en la capacidad de tomar una decisión en relación a su salud, por lo cual esta potestad le es otorgada a su representante, autoridad, persona, familiar o institución designada por ley. Sin embargo, cualquier limitación en la toma de decisiones tiene que tener en cuenta las capacidades evolutivas del paciente, y su condición actual para brindar el consentimiento. El tribunal considera que entre los elementos necesarios para otorgar el consentimiento informado por parte de sus familiares, este también debe de ser previo, libre, pleno e informado, a menos que se trate de una situación de emergencia, en donde la Corte ya ha reconocido que existen excepciones que habilitan sea posible que el personal de salud actúe sin la exigencia del consentimiento, en casos en los que éste no pueda ser brindado por la persona y que sea necesario un tratamiento médico o quirúrgico inmediato, de urgencia o de emergencia, ante un grave riesgo contra la vida o la salud del paciente.<sup>141</sup>

Interesante destacar que la Comisión ha entendido asimismo que conminar a las personas usuarias en conflicto con la ley a internarse y seguir un tratamiento de desintoxicación supone vincular el acceso a los servicios de salud a través del sistema de justicia.<sup>142</sup> Esta modalidad de tratamientos ha sido criticada internacionalmente. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) ha señalado que:

a) estos modelos responden principalmente a un tratamiento de naturaleza judicial, y no de salud pública, y b) en los centros de tratamiento, frecuentemente se presentan violaciones a derechos humanos.

La CIDH remarca que esto responde a una óptica represiva hacia las personas usuarias, que en lugar de dar tratamiento desde el enfoque de salud pública refleja la criminalización y estigmatización que sufre esta población. Así, uno de los primeros problemas que se presentan con estos modelos es que al momento de tomar la medida privativa de libertad y de sometimiento a tratamiento no existe una distinción entre las personas que necesitan un tratamiento de las que no, por lo que se realizan internamientos a personas que no presentan usos problemáticos o dependencia; o que no toma en cuenta los impactos de la privación de la libertad sobre la salud física y mental de la persona. Esto ya ha sido señalado por el Relator de Naciones Unidas sobre el derecho a la salud en los siguientes términos:

Es importante que el consumo de drogas y la drogodependencia no se vean como una misma cosa: la drogodependencia es considerada un trastorno crónico recurrente que altera los procesos cerebrales y que puede requerir tratamiento médico, idealmente mediante un enfoque «biopsicosocial». En cambio, el consumo de drogas no es un problema de salud y no necesariamente implica dependencia. De hecho, la mayoría de las personas que consumen drogas no se vuelven dependientes de ellas y no necesitan tratamiento alguno [...] En lugar de aplicar una gestión médica basada en pruebas

141. Idem, párrafo 166.

142. A partir del Informe Sobre el Uso de la Prisión Preventiva en las Américas (2013), la Comisión Interamericana de Derechos Humanos presentó un nuevo informe para analizar **a.** los principales avances y desafíos en el uso de esta medida por parte de los Estados, **b.** las medidas alternativas a la prisión preventiva, **c.** otras medidas dirigidas a reducir el uso de la prisión preventiva y **d.** la incorporación de un enfoque especial para la protección de las mujeres y otras personas pertenecientes a grupos en situación especial de riesgo. <https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/PrisionPreventiva.pdf>



empíricas, los gobiernos y las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley coaccionan u obligan a los toxicómanos para que ingresen en centros en que son sometidos a maltratos y trabajos forzosos. Este enfoque discrimina a las personas que consumen drogas, pues les niega el acceso a servicios de atención de la salud y a tratamientos médicos apropiados.

Por ello, se ha entendido que conminar al internamiento y seguimiento obligatorio de tratamientos de desintoxicación carece de fundamento científico y no supone un método efectivo para atender el consumo problemático; más al contrario: criminaliza a las personas usuarias —algunas de las cuales ni siquiera tienen un uso problemático—, y las institucionalizan en entornos donde los riesgos de abusos son muy elevados. Por ello, la CIDH ha instado a los Estados:

...a crear una política en materia de drogas con un enfoque integral y de reinserción social, que evite que el tratamiento a las personas que han sido detenidas por consumo o posesión de drogas, o que han cometido delitos menores por su uso problemático o dependiente, se realice desde una óptica represiva y criminalizadora, y no desde el enfoque de la salud pública.

Las autoridades deben tomar en consideración que el acceso a un tratamiento para personas usuarias que entran en conflicto con el sistema de justicia es una alternativa. Dado que el tratamiento propuesto por cometer de faltas administrativas no debe implicar internamiento involuntario, éste debe respetar siempre consentimiento informado de acuerdo con las salvaguardas legales dispuestas en las Reglas de Tokio.

Recientemente, la Corte Interamericana ha resuelto un caso de trascendencia para la región. El caso se relaciona con la presunta desaparición de Luis Eduardo Guachalá Chimbó, persona con discapacidad mental, mientras se encontraba presuntamente en un centro público de salud mental en la ciudad de Quito, Ecuador. En el reclamo se alegó —entre otras cuestiones— que el Estado vulneró el derecho a la capacidad jurídica del joven al institucionalizarle en un centro de salud mental sin su consentimiento informado. Por los mismos motivos, se argumenta que el internamiento del señor Guachalá constituyó una privación de libertad arbitraria incompatible con la Convención Americana y una forma de discriminación por su condición de discapacidad.<sup>143</sup>

La Corte IDH concluyó que el Estado es responsable por la violación del derecho a la salud, discriminación, desaparición, falta de garantías y protección judicial de una persona con discapacidad. La sentencia establece nuevos estándares en la jurisprudencia del sistema interamericano respecto al derecho a la salud, consentimiento informado y tratamiento para las personas con discapacidad. En lo que aquí resulta de relevancia, la Corte IDH entendió que el hecho de haber entendido que la discapacidad de la víctima justificaba la innecesariedad de su consentimiento para ser internada en una institución y recibir medicación constituye «discriminación por motivo de la discapacidad».

Siendo además que «el Estado no tomó ninguna medida para apoyar al señor Guachalá Chimbó para que pudiera prestar su consentimiento informado para el internamiento y el tratamiento a los que fue sometido en el Hospital Julio Endara. Esta falta de consentimiento constituyó una negación de su autonomía como

143. Corte IDH *Caso Guachalá Chimbo y otros vs. Ecuador*, Sentencia de 26/03/2021.

persona, y de su capacidad de tomar decisiones respecto a sus derechos».<sup>144</sup>

#### 4.3.3.2. Opiniones consultivas

La Corte Interamericana también ha tenido oportunidad de conocer situaciones relativas a la violación de los derechos de las personas con discapacidad a través de su función consultiva. Así, en la Opinión Consultiva N.º 17 señaló que el concepto de vida digna, se relaciona con la norma contenida en la Convención sobre los Derechos del Niño, cuyo artículo 23.1, relativo a los niños que presentan algún tipo de discapacidad, establece lo siguiente: «1. Los Estados Partes reconocen que el niño mental o físicamente impedido deberá disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que aseguren su dignidad, le permitan llegar a bastarse a sí mismo y faciliten la participación activa del niño en la comunidad».<sup>145</sup>

El 4 de abril de 2001 la CIDH aprobó en su 111.º período extraordinario de sesiones celebrado en Santiago, Chile, la *Recomendación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre la promoción y protección de los derechos de las personas con discapacidad mental*. En este documento la CIDH hace recomendaciones muy concretas a los Estados, a la sociedad civil y a los usuarios y sus familiares en relación con la necesidad de proteger los derechos

básicos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidades mentales, de conformidad con los estándares y normas generales de derechos humanos establecidos por el derecho internacional.

Para finalizar, y debido a las profundas implicancias que tiene el tema en relación con el ejercicio de los derechos humanos de personas con discapacidad, se hace imprescindible mencionar la Observación General del Comité para la Eliminación de Todas las formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, «Sobre la necesidad de interpretar el artículo I.2, Inciso B. *in fine* de la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad»<sup>146</sup> en el marco del artículo 12 de la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad».<sup>147</sup>

Analizando la institución de la incapacitación a la luz del art. 12 de la CDPD, el Comité advirtió sobre la contradicción existente entre las normas mencionadas, brindando profundas razones para la aplicación de la Convención Internacional, que recepta los mayores estándares de protección en materia de capacidad jurídica. Asimismo destacó la existencia de legislación civil en la región interamericana, que recepta la figura de la curatela (y similares),

144. Resumen oficial emitido por la Corte Interamericana, p. 4.

145. Corte IDH. *Condición Jurídica y Derechos Humanos del Niño*, de 28 de agosto de 2002. Véase: Fernández, Silvia E. (Dir.), *Tratado de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes*, Buenos Aires, Abeledo Perrot, 2015.

146. Que establece: «(...) En los casos en que la legislación interna prevea la figura de la declaratoria de interdicción, cuando sea necesaria y apropiada para su bienestar, ésta no constituirá discriminación». Art. 1.2.b. de la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad.

147. Adoptada en la Primera Reunión Extraordinaria del Comité para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, OEA/ Ser.L/XXIV.3.1 CEDDIS/doc.12 (I-E/11) Rev.1 4 y 5 de Mayo de 2011.

destacando la necesidad de una revisión y reforma consecuente.<sup>148</sup>

Asimismo, el Comité instó a los Estados parte de la Convención Interamericana «a tomar medidas, en consonancia con el artículo 12 de la Convención de Naciones Unidas, para garantizar el reconocimiento de la capacidad jurídica universal, incluyendo a todas las personas con discapacidad, independientemente de su tipo y grado de discapacidad, y en consecuencia con ello, iniciar en el más breve plazo un proceso de sustitución de la práctica de la interdicción, curatela o cualquier otra forma de representación, que afecte la capacidad jurídica de las personas con discapacidad, a favor de la práctica de la toma de decisiones con apoyo».<sup>149</sup>

#### 4.3.3.3. Medidas cautelares

Una medida cautelar es un mecanismo de protección de la CIDH, mediante la cual esta solicita a un Estado que proteja a una o más personas que estén en una situación grave y urgente de sufrir un daño irreparable. El mecanismo de medidas cautelares se encuentra previsto en el artículo 25 del Reglamento de la CIDH.

#### MEDIDAS CAUTELARES OTORGADAS A FAVOR DE 400 PACIENTES DEL HOSPITAL NEUROPSIQUIÁTRICO EN PARAGUAY

En diciembre de 2003, la CIDH adoptó medidas cautelares (MC 710-03) a favor de los Pacientes del Hospital Neuropsiquiátrico en Paraguay con base en información consistente y concreta que describía las condiciones deplorables, insalubres e inhumanas existentes en el mismo. Algunos de los pacientes eran niños. Con posterioridad a la adopción de las medidas cautelares por parte de la CIDH, el Presidente de Paraguay y el Ministro de Salud visitaron personalmente el hospital, despidieron al director y crearon una comisión para investigar los abusos. Durante la vigencia de las medidas, los peticionarios y el Estado negociaron un plan estatal para mejorar las condiciones generales del Hospital Neuropsiquiátrico. El 25 de enero de 2005 se firmó un acta de compromiso entre las partes. El acuerdo incorpora importantes estándares sobre la materia, y compromete al Estado a aumentar el presupuesto para el Hospital Neuropsiquiátrico; a presentar un Plan de Reforma que incluya remodelaciones, un plan para eliminar la sobrepoblación hospitalaria, un cronograma de plan de alta y un plan de adecuación del personal; un plan de fortalecimiento y expansión de redes comunitarias que permita que las personas sean atendidas en sus comunidades evitando reingresos al hospital, así como también a la presentación de

148. «La mayoría de los Códigos Civiles, principalmente, de los Estados de la región, mantienen en sus normativas legales institutos jurídicos como la declaración de insania y la curatela como forma de representación legal de la personas con discapacidad, particularmente, personas sordas y personas con discapacidad mental o intelectual y que dichas instituciones deben ser revisadas en el marco de lo establecido por el artículo 12 de la CDPD por mandato del artículo 4.1 inciso a. y b. de dicha Convención(...)». Resolviendo en consecuencia «Solicitar al Secretario General de la OEA disponer, a través de sus instancias jurídicas pertinentes, la revisión del artículo I.2 inciso b. *in fine* de la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, con el objeto de armonizarlo con el artículo 12 de la Convención sobre los derechos de la persona con discapacidad de las Naciones Unidas, recomendando lo más conveniente, sea su inaplicación práctica, o su derogación».

149. Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Observación general N.º 1CRPD/C/GC/1, 19/05/2014.

un Proyecto de Ley de Salud Mental. Entre los avances registrados en virtud de estas medidas cautelares, el Estado informó sobre la construcción de una obra destinada a salas de agudos varones; la existencia de un Anteproyecto de Ley de Salud Mental; el proceso de habilitación y acondicionamiento de hogares sustitutos; el proyecto de creación de un Centro Día para niños y adolescentes con trastornos mentales severos del desarrollo; la creación de una Comisión Interinstitucional con el objeto de diseñar un plan de contingencia para dar respuesta a la problemática de los internados ingresados por oficio judicial; la creación de nuevas unidades de salud mental y el incremento en el Presupuesto para la Unidad de Salud Mental.

En mayo de 2006, en virtud de los avances y acuerdos registrados, las medidas cautelares fueron levantadas por la Comisión, debido a los avances registrados en el desarrollo de una protección integral a los derechos de las personas con discapacidades psicosociales.

#### MEDIDAS CAUTELARES OTORGADAS A FAVOR DE VÍCTOR MANUEL MORATAYA CARRILLO EN GUATEMALA

En junio de 2004 la CIDH recibió una solicitud de medida cautelar a favor del señor Víctor Manuel Morataya Carrillo en Guatemala, quien se encontraba detenido en la Granja Modelo de Rehabilitación Canadá de Escuintla. En su solicitud, los peticionarios alegaron que el Sr. Morataya Carrillo había participado en un motín en febrero del año 2003 en el Centro de Detención Preventiva para hombres de la Zona 18, en el cual habrían sido asesinados varios internos. Posteriormente, el Sr. Morataya habría recibido amenazas de muerte de parte de la población carcelaria por lo que fue aislado provisionalmente para asegurar su vida e integridad física. Los peticionarios informaron que el Sr. Morataya Carrillo se encontraba aislado en una jaula que tenía aproximadamente 1,5 metros de ancho por

3 metros de largo y 2 metros de alto. Informaron que únicamente salía de la jaula a las 7 am por 15 minutos para ir al baño y luego por 25 minutos a las 5 pm para ducharse e ir al baño. Aseguraron que durante estas oportunidades estaba esposado, lo que le impedía moverse libremente o hacer algún tipo de ejercicio. Fuera del horario establecido, el Sr. Morataya tenía que hacer sus necesidades dentro de la jaula. Informaron además que el Sr. Morataya quemó el colchón que le fue proporcionado por el Sistema Penitenciario y que desde entonces dormía en el piso, sin ropa de cama ni almohadas. Añadieron que la Clínica Médica del Centro no estaba equipada debidamente para atender adecuadamente a los internos. Los peticionarios aseguraron que el Sr. Morataya Carrillo tenía problemas nerviosos, problemas para dormir y permanecía alterado. Sin embargo, en ningún momento se le realizó un análisis psiquiátrico. Internamente se realizaron distintas acciones para intentar el cambio de condiciones carcelarias del Sr. Morataya Carrillo o su internación en un hospital psiquiátrico, pero todos los recursos fueron resueltos sin que se autorizara ningún cambio en la situación del Sr. Morataya. Cuando la CIDH recibió la solicitud de medidas cautelares, habían transcurrido ya casi 17 meses desde que el señor Morataya Carrillo se encontraba en situación de aislamiento y según los peticionarios el encierro habría ocasionado un fuerte deterioro de su salud mental, falta de concentración al hablar, y desolación y desesperación por el aislamiento.

La Comisión hizo una solicitud de información al Estado sobre las medidas implementadas para garantizar la vida e integridad personal del Sr. Morataya. Con posterioridad, el 18 de noviembre de 2004, el Relator de los Derechos de las Personas Privadas de Libertad de la CIDH se entrevistó personalmente con el señor Morataya Carrillo, verificando que había sido herido con una bala en la pierna por parte de un guardia de la penitenciaría. En mayo de 2005 la Comisión decidió otorgar medidas cautelares. A

raíz del otorgamiento de las mismas, en junio de 2005 la jaula donde tenían al señor Morataya fue retirada, y fue trasladado a una celda de 20 metros cuadrados, se le permitió ingresar comida, una estufa eléctrica portátil y demás efectos personales. El Estado informó a la CIDH que la celda se encontraba en condiciones higiénicas y que recibe luz y ventilación natural. Si bien la celda en principio no contaba con un sanitario propio, el Estado hizo las gestiones para que se instalara un sanitario, una ducha y agua potable, y mientras tanto se permitió que el Sr. Morataya abandonara su celda para atender sus necesidades fisiológicas cuando así lo solicitaba. El 20 de julio de 2005 la CIDH sostuvo una reunión de trabajo con los peticionarios y el Estado, en la que se acordó que el Sr. Morataya debía recibir un adecuado tratamiento médico y psicológico en el plazo más breve posible, en razón a la grave situación de salud mental y física que estaba padeciendo. Si bien se han logrado considerables avances en mejorar las condiciones de detención del señor Morataya, no se ha logrado que sea trasladado a un centro de atención especial para personas con problemas de salud mental, principalmente debido a que el Estado ha informado que las condiciones en las que se encuentra ahora son mejores que las que puede ofrecer en los centros de atención psiquiátrica con los que cuenta el Estado.

#### MEDIDA CAUTELAR A FAVOR DE IRENE VS ARGENTINA<sup>150</sup>

En el caso se solicitó una medida cautelar ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos efectuada por dos Organizaciones, el Centro de Justicia y el Derecho Internacional

(CEJIL) y la Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad (REDI), en favor de Irene, una niña con discapacidad de 12 años requería de un sistema de apoyos permanente e integral para desarrollar actividades de la vida diaria.

La CIDH otorgó la medida cautelar, sosteniendo que la falta de provisión de estos apoyos ponía en riesgo sus derechos a la vida, a la integridad personal y a la salud. El organismo resolvió solicitar al Estado la adopción de todas las medidas necesarias para preservar tales derechos. En este caso la CIDH reiteró la necesidad de garantizar un «modelo de integración social para las personas con discapacidad [...] dentro de los sistemas nacionales de protección integral de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, de manera que puedan superar cualquier obstáculo o limitación que socialmente existe».<sup>151</sup>

Respecto de la falta de provisión de apoyos que la niña Irene requería, la CIDH sostuvo que «sin la implementación de los apoyos especiales podría exacerbar los riesgos a la vida e integridad personal de Irene». Respecto de la urgencia, quedó evidenciado que la falta de implementación del sistema de apoyo, prolongada en el tiempo, podría generar un agravamiento de la situación de salud de Irene. Las interrupciones en las prestaciones y la continuidad de las acciones judiciales internas sin una determinación final y definitiva sobre el conflicto, exponían a la niña a mayores perjuicios en su salud.

Por último, la CIDH consideró que la irreparabilidad estaba configurada por la índole de los derechos en riesgo, la vida y la integridad personal, como consecuencia de la situación

150. Medida Cautelar No. 375-15, resolución 38/2016 (2016): Comisión Interamericana de Derechos Humanos, resolución del 7-07-2016.

151. Véase: Capurro Robles, F., Jaime Pardo, J. S. «Nuevas perspectivas en la defensa de los derechos de las personas con discapacidad en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos: Comentario al caso 'Irene'. *Revista Latinoamericana en Discapacidad, Sociedad y Derechos Humanos*, ISSN 2525-1643 Vol. 2 (1) Año 2018, pp. 73-89.

de salud de Irene. Por tanto, resolvió el otorgamiento de las medidas.<sup>152</sup>

En el caso «Zaheer Seepersad vs. Trinidad & Tobago», se solicitó asimismo medidas cautelares ante la Comisión Interamericana medidas alegando una situación de riesgo debido a la condición médica y la amenaza existente de la persona de ser internada en un asilo psiquiátrico, lo que agravaría su condición.<sup>153</sup>

La Comisión recordó que las personas con discapacidad tienen derecho a recibir el tratamiento que necesitan para hacer frente a su discapacidad, así como a recibir los servicios destinados a reducir la aparición de consecuencias o discapacidades adicionales. Además, la Comisión enfatiza la obligación de los Estados de brindar apoyo en la toma de decisiones sobre el tratamiento médico de las personas con discapacidad, lo que permite que dichas personas participen directamente en los asuntos que les conciernen. La Comisión aplica la Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad, de la que Trinidad y Tobago es signataria, reiterando que la existencia de una discapacidad no justifica en ningún caso la privación de libertad y reconoce que las personas con discapacidad tienen derecho a ejercer su capacidad jurídica en igualdad de condiciones con los demás y el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluidos en la comunidad.

Finalmente en el año 2018 la Comisión conoció a su vez sobre la situación del Adolescente «M», joven que, tras deambular por las calles de México, habría sido detenido y presuntamente desaparecido entre el 23 y 28 de enero de 2018, para finalmente ser ingresado en el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan Navarro.<sup>154</sup> En dicho nosocomio se le habrían practicado numerosos estudios médicos sin su conocimiento ni consentimiento, ni el de sus padres, además de habersele suministrado agresivos fármacos y sometido a sujeción física de cuatro puntos. Nuevamente, la CIDH insistió en el especial deber de garante y protección sobre la situación del propuesto beneficiario tanto porque se encuentra bajo su cuidado y atención como por su condición de niño, y por ende, solicitó al Estado de México: adoptar las medidas necesarias para preservar la vida, integridad personal y la salud de «M», teniendo en cuenta su condición de adolescente y la necesidad de salvaguardar su interés superior; y concertar las medidas a adoptarse con el beneficiario y sus representantes, en especial respecto de la atención médica y psicológica que le sea brindada, garantizando su autonomía y la obtención del consentimiento informado del beneficiario y sus padres para la realización de los exámenes y tratamientos médicos o psicológicos que los especialistas determinen necesarios.

---

152. Es de destacar que, como expresan los autores citados supra, el abordaje de la CIDH centrado en el derecho a la salud se comprende dentro del limitado marco que impone una medida cautelar. Será importante en un futuro el organismo precise los alcances del modelo de integración social deseado para las personas con discapacidad, vinculándolo con el modelo de integración comunitaria propuesto por la CDPD, que incluye tanto el acceso a un seguro de salud y a una cobertura social mínima como también a apoyos para garantizar la máxima independencia en otras áreas de la vida. Cit, p. 85.

153. CIDH, «Zaheer Seepersad vs. Trinidad & Tobago», Medida Cautelar, 2017.

154. Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Resolución 23/2018 Medida Cautelar No. 48-18 Adolescente «M» respecto de México, 12 de abril de 2018.

#### 4.3.3.4. Visitas

Uno de los mecanismos de prevención que dispone y utiliza la CIDH para llevar adelante su tarea de promover la observancia y la defensa de los derechos humanos en el continente son las visitas, que tienen como objetivo profundizar la observación general de una situación o investigar una situación particular. Generalmente, esas visitas resultan en la preparación de un informe respectivo, que se publica y es enviado a la Asamblea General.<sup>155</sup>

En el marco de sus visitas a países de la región, la CIDH ha visitado varias instituciones de salud mental. Entre ellas es de destacar la visita in loco de la CIDH a Panamá, llevada a cabo del 6 al 8 de junio de 2001 con el objeto de observar la situación general de los derechos humanos en dicho país. Durante dicha visita, la Comisión visitó el Hospital Psiquiátrico Nacional. La visita al Hospital Psiquiátrico se hizo con el acompañamiento de personas expertas de la Organización Panamericana de la Salud. Al concluir la visita, la Comisión expresó su preocupación por la falta de acceso de los pacientes a la información sobre sus derechos básicos al momento de ingresar a la institución y sobre sus limitaciones en el ejercicio de un gran número de los derechos previstos en la «Declaración de Caracas» de la OPS/OMS y los «Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental» de la ONU. En especial, la CIDH tuvo conocimiento de que la mayoría de los pacientes habían sido ingresados involuntariamente en la institución y que en algunos casos no se habría hecho todo lo posible por evitar el ingreso involuntario. También se le informó a la Comisión de que los pacientes, o en caso necesario su familia, no eran consultados respecto al plan de tratamiento médico psiquiátrico, ni sobre la evolución del paciente. Tampoco se

obtiene por escrito el consentimiento informado del paciente o su representante. Igualmente, no existen normas que prevean las circunstancias en las cuales es posible el ingreso involuntario de pacientes, ni cuál es la autoridad responsable para decidir el mismo. La Comisión también resaltó su preocupación por el hecho de que no existieran órganos judiciales, u otros órganos, calificados, independientes e imparciales, con el objeto de revisar el ingreso involuntario de los pacientes y de verificar si continúan las condiciones o circunstancias por las cuales fue admitido. Finalmente, la Comisión observó que las condiciones de vida en el hospital eran deplorables.

#### 4.4. El internamiento involuntario en el derecho comparado

El objeto de estas páginas es presentar a grandes rasgos los aspectos de la regulación del internamiento involuntario y las medidas alternativas contempladas en el Derecho comparado. Hemos tomado como referencia los Estados de la Unión Europea y Reino Unido, pero también se ha tenido en cuenta la regulación de Estados Unidos y de algunos estados latinoamericanos que han afrontado o están en proceso de afrontar la adaptación de sus normativas sobre capacidad jurídica y/o internamiento involuntario a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Argentina, Chile, Colombia, Brasil, México, Perú y Uruguay). Se trata con ello de obtener una imagen desde la que valorar la situación en la que nos encontramos en España y de encontrar respuestas y prácticas que pudieran servir como alternativas viables a la regulación en nuestro país que, tal y como ha reiterado el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, es, en este momento, incompatible con la Convención.

155. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/6235/2009-ARG-salud-mental-derechos.pdf>

El internamiento involuntario, con distintas condiciones y garantías sigue siendo una opción posible en todos los Estados estudiados. Para entender el modo en el que la figura opera en los distintos escenarios es necesario tener también una idea sobre el concepto de discapacidad, sobre la situación con respecto a la posibilidad de limitar la capacidad jurídica, sobre el papel de la voluntad de la persona en los sistemas sanitarios y sobre el impulso dado para garantizar el derecho a decidir dónde, cómo y con quién vivir en general y, específicamente, para las personas con discapacidad psicosocial.

#### **4.4.1. Conceptos de discapacidad y salud mental**

Salvo algunas excepciones como Islandia, Hungría o Malta, así como Chile, Colombia y Perú en Latinoamérica, que claramente apuestan por una conceptualización de la discapacidad desde el modelo social, los Estados mantienen una concepción de la discapacidad y de la salud mental ancladas en el modelo médico o biomédico. Así es en Alemania, Bélgica, Chipre, Croacia, Dinamarca, Estonia, Francia, Italia Letonia, Lituania, Luxemburgo, Finlandia, Polonia, República Checa, Reino Unido, Rumanía, Suecia y Uruguay. Otros mezclan elementos de ambos modelos, como Países Bajos, a veces porque se encuentran en un momento de transición hacia el modelo social, pero todavía perviven elementos conceptuales del modelo médico (es el caso de Austria, Bulgaria, Irlanda, Moldavia, Países Bajos, Portugal, Suiza).

Por otro lado, en relación con las cuestiones de salud mental, y con independencia del concepto formalmente incorporado, todavía es posible encontrar respuestas desde el esquema de la prescindencia que se concentran, precisamente, en el tema que nos ocupa (Grecia o, en el ámbito americano, Uruguay).

Es interesante que en Argentina, donde se define la discapacidad desde el modelo médico, la ley de salud mental introduce un concepto de salud mental con elementos del modelo social.

#### **4.4.2. Breve descripción del sistema de capacidad jurídica**

La regulación de la capacidad jurídica y el tratamiento de la salud mental son dos aspectos en los que la pervivencia del modelo médico es más frecuente. Tanto la mayoría de los Estados europeos como los Estados Unidos de Norte América admiten límites a la capacidad jurídica que implican la implementación de figuras de sustitución en la toma de decisiones que puede tener un carácter incluso total (Chipre, Dinamarca, Letonia, Lituania, Malta, Países Bajos, Polonia, Reino Unido, Rumanía ) o sólo parcial (como Croacia, República Checa) y que incluso puede ser temporal (es el caso de Islandia). Muchos de ellos, al menos formalmente, reservan esta posibilidad sólo para supuestos en los que se entiende que el establecimiento de medidas de apoyo no es suficiente para proteger los intereses de la persona y/o de terceras personas (este es el caso de Alemania, Estonia, Hungría o Suecia).

Sólo algunos Estados europeos han adaptado formalmente su regulación a la Convención y garantizan la igualdad ante la ley de las personas con discapacidad mediante el reconocimiento de apoyos a la toma de decisiones cuando se precisa. Ejemplos de este sistema encontramos dentro Europa en Austria, Portugal (a través de la figura de acompañante) y Moldavia (donde los apoyos pueden ser contractuales o judiciales).

En estos casos las figuras de apoyo pueden llegar a asumir funciones que implican la sustitución en la toma de decisiones, bien por tratarse de una situación excepcional, bien porque el modo en el que se definen las figuras permite que de hecho tengan ese efecto. Por ejemplo,



en Irlanda el principio es la igual capacidad jurídica, pero sobre la base de una evaluación funcional es posible que se determine un régimen de apoyo, un régimen de co-decisión o un régimen de representación. De Suecia, a pesar de haberse abolido formalmente en el año 2000 las declaraciones de incapacidad, hay sustitución en toma de decisiones; en este país se creó, en paralelo con esta reforma, el sistema del *personal ombudsman* como figura de apoyo informal especialmente dirigida a las personas con discapacidad psicosocial.

Hay otros ejemplos de Estados que han modificado su normativa para tratar de adaptarse a la Convención, pero en algunos casos conservan figuras que mantienen funciones representativas como Bélgica (administración judicial), Moldavia o Suiza (curador con distinta intensidad, desde el mero acompañamiento hasta la representación). Italia, por su parte, introdujo en 2004 una figura llamada *amministrazione di sostegno* que, en la práctica, ha desplazado a la inhabilitación y la interdicción (acompañamiento con esferas de representación). Francia completó la reforma del régimen de protección de los mayores vulnerables realizada en 2007, con la introducción en 2016 de funciones de asistencia para la 'habilitación familiar', que hasta entonces sólo tenía funciones representativas. Asimismo, el Presidente Macron encargó un informe sobre la situación jurídica de los mayores vulnerables a la luz de la Convención de Nueva York que ha provocado ya algunas reformas legislativas interesantes (supresión de la necesidad de autorización para contraer matrimonio, el reconocimiento del derecho de sufragio...).

Otras figuras de acompañamiento que puede ser de interés mencionar son las curatelas de baja intensidad —acompañamiento y asistencia— que prevé la legislación en Suiza; además de la habilitación familiar, el apoyo social personalizado o el apoyo judicial de Francia.

Varios Estados latinoamericanos están viviendo un proceso de reformas de los regímenes de capacidad jurídica a la luz de los estándares de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad desde 2015. Como consecuencia, en países como Argentina, Perú y Colombia se han incorporado figuras de apoyos en la toma de decisiones y restringido la incapacitación a casos extremos como el de una persona en coma (Argentina), o directamente se ha eliminado para personas con discapacidad (Perú) o para todas las personas (Colombia). En los tres países se prevén sistemas de apoyo para la toma de decisiones, cuya función es promover la autonomía y el ejercicio de los derechos. Tanto en Perú como en Colombia, el objeto del proceso relativo a la capacidad es el de designar, valorar o solicitar un apoyo. Y la designación de apoyos no implica poner en cuestión ni limitar la capacidad. No obstante, en los tres países se permite que los apoyos asuman alguna función de sustitución. Otros países como Brasil, Chile, México y Uruguay mantienen la incapacitación.

#### 4.4.3. El internamiento involuntario

##### 4.4.3.1. Definición y criterios

En el Derecho comparado se utilizan distintas denominaciones para hacer referencia al internamiento que, en términos generales, puede ser voluntario e involuntario. Por ejemplo en Finlandia se maneja la idea de «atención especial 24 horas», o en Croacia «alojamiento forzoso», en otros lugares se habla de hospitalización, ingreso, colocación... A veces el internamiento involuntario se relaciona con el tratamiento involuntario, pero en otras ocasiones es posible obligar a una persona a recibir un tratamiento aunque no esté internada involuntariamente (así sucede en Malta, Moldavia, Países Bajos, Rumanía Suecia, Reino Unido y Estados Unidos, por ejemplo), en ocasiones se prevé además la posibilidad de que el tratamiento involuntario



se suministre en comunidad y también el internamiento puede ser independiente del tratamiento.

A diferencia de lo que ocurre en España, no siempre los internamientos se realizan en instituciones. En el caso de Finlandia, es posible obtener atención especial 24 horas en una vivienda especial de servicio intensivo. Tanto en Finlandia como en Perú y Uruguay, la institucionalización se contempla con carácter excepcional en atención a la salud y seguridad de la persona o por otra razón expresamente prevista por la ley; también es posible la atención comunitaria en lugares como Alemania, Bélgica, Italia, Luxemburgo, Portugal y Suiza. Por su parte, Luxemburgo contempla también la posibilidad de internamientos en el medio familiar, superada la fase de observación -que tanto en este país como en Bélgica, debe realizarse obligatoriamente en un hospital psiquiátrico-, y sólo cuando no es posible, se prevé que el internamiento se llevará a cabo en hospital o establecimiento psiquiátrico especializado.

Tampoco las instituciones tienen siempre un carácter hospitalario (es el caso de Estonia y Polonia); y los hospitales pueden ser de carácter general o específicamente psiquiátricos. Además, en Estados fuertemente comprometidos con la desinstitucionalización, como Finlandia, la normativa requiere que las instituciones que existan se organicen de modo que se permita la privacidad, se promueva la autosuficiencia y, en la medida de lo posible, se genere un entorno hogareño.

La diversidad de posibilidades hace que también sean diversos los instrumentos normativos que regulan la figura, de modo que en ocasiones el internamiento involuntario se regula en la normativa sanitaria (República Checa), en otras ocasiones en la normativa sobre servicios sociales, a veces en ambas (Bulgaria, Estonia) y, con independencia de lo anterior, a veces existen

también normas específicas de salud mental o sobre internamientos involuntarios que pueden ser en el ámbito sanitario, en el asistencial o en ambos (Austria, Bélgica, Italia, Luxemburgo, Países Bajos, Polonia, Portugal, Suecia). En el caso de Alemania y Suiza la regulación se encuentra en el Código civil y para Francia en el Código de Salud Pública. En Islandia se regulan de manera íntegra la legislación civil sobre capacidad. Cuando el tratamiento está sometido a autorización judicial, el procedimiento aparece regulado en las leyes procesales (República Checa, por ejemplo), que se suman a las otras normas en caso de existir.

Sólo Portugal ha manifestado al Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad su compromiso de eliminar a corto plazo las medidas involuntarias, pero hasta la fecha los Estados justifican que las personas con 'enfermedades mentales' puedan ser internadas sin su consentimiento en ciertos supuestos.

Pueden utilizarse distintas denominaciones para el supuesto habilitante, pero de un modo u otro las legislaciones se remiten a cuestiones de salud mental; así se utilizan expresiones como 'trastorno mental grave' (Chipre), 'persona loca' (Dinamarca) o 'persona mentalmente enferma' (Lituania) y en ocasiones se introduce expresamente la referencia a situaciones equivalentes. Por tanto, la vinculación entre problema de salud mental e internamiento existe en todos los países, si bien en algunos se hace algún tipo de mención a la falta de capacidad para consentir en el supuesto de hecho (por ejemplo, es así en Francia, Portugal y Suiza).

Las condiciones que suelen aparecer es que el internamiento sea decidido judicialmente en el marco de un proceso penal, que se trate de evitar que la persona cause un daño a terceras personas y/o que se trate de evitar que la persona se cause un daño a sí misma. Dejando de lado la regulación del internamiento cuando se

trata de una decisión en el marco del proceso penal, en términos generales, se hace referencia a situaciones de peligro para la persona o terceras que a veces se cualifica y ha de ser grave, inminente, inmediato, directo... En la normativa de Países Bajos se hace referencia a 'desventaja grave' y se define exhaustivamente el sentido de esta desventaja, aun cuando la definición es muy amplia.

En Suecia, el criterio central que sirve para justificar el internamiento involuntario es la necesidad indispensable de atención psiquiátrica hospitalaria y su rechazo por la persona, mientras que el riesgo de que la persona paciente represente un peligro para alguien debe tenerse en cuenta al evaluar la necesidad de atención de la persona paciente, pero no es una condición necesaria.

En todo caso, algunos países hacen referencia, junto al peligro para la persona o terceras, a otros criterios independientes que habría evaluar. Por ejemplo, Polonia alude a que la no hospitalización pueda resultar en un deterioro significativo de la condición de salud mental o a que la persona no pueda satisfacer de manera autosuficiente sus necesidades básicas diarias y el tratamiento en el hospital psiquiátrico resulte en la mejora de su condición; en Rumanía se requiere que la no hospitalización pueda conducir a un grave deterioro de su estado o impedirle recibir un tratamiento adecuado.

Además de peligro para sí o para terceras personas, en algunos Estados se introducen otros criterios como orden público (Francia), riesgo para los bienes (Portugal), o constituir una carga para los familiares (Suiza). En Estados Unidos la regulación del internamiento es una competencia de los Estados federados, y en algunos de ellos, además de los supuestos de riesgo propio o para terceras personas, también se habilitan supuestos relativos a discapacidad mental, discapacidad grave, deterioro, incompetencia...;

en Nueva York, por ejemplo, existen además conceptos extremadamente indeterminados como que «otras personas sientan un temor razonable...», o en caso de emergencia.

En Perú no se prevé la posibilidad de internar involuntariamente a una persona por riesgo para terceras; por el contrario, sólo se justifica para supuestos de emergencia psiquiátrica en los que la persona se pone en riesgo a sí misma; se mantiene el internamiento, sin embargo, para personas consideradas inimputables como medida de seguridad en el ámbito penal. Similar a esta medida es la hospitalización obligatoria de Brasil; frente a ella, el criterio para la hospitalización involuntaria es médico.

En Colombia, la normativa que autorizaba a internar a una persona en contra de su voluntad quedó derogada con la ley 1996, que es la misma que introdujo un sistema de apoyo en el ejercicio de la capacidad frente al anterior de sustitución en la toma de decisiones. De hecho, sin embargo, se siguen practicando internamientos involuntarios.

Aunque no se trata de una realidad normativa, a lo largo de este apartado dedicado al Derecho comparado haremos menciones a la contrapropuesta a la ley de salud mental mexicana presentada por la sociedad civil; nos ha parecido de interés porque es la normativa que el movimiento que representa a las personas afectadas considera aceptable. En el punto que estamos presentando, esta contrapropuesta prevé que la hospitalización sólo puede realizarse de forma voluntaria, cuando aporte más beneficios a la persona que cualquier otra intervención posible, por el tiempo necesario y en el hospital más cercano a su domicilio.

Otro aspecto a tener en cuenta es que no siempre el objetivo del internamiento es brindar tratamiento, aunque sí es así en Alemania, Austria, Francia (donde en lugar de utilizar la

denominación de internamiento se habla de tratamiento involuntario con o sin internamiento), Islandia, Italia, Polonia, Portugal, Países Bajos, Malta, Moldavia, Rumanía, Suecia, Suiza y los Estados latinoamericanos estudiados (se insiste en la finalidad 'terapéutica' del internamiento).

Este objetivo de que la persona reciba tratamiento puede combinarse con otros; por ejemplo, en Países Bajos la legislación señala que la finalidad del internamiento es evitar una situación de crisis, prevenir daños graves, estabilizar su **salud mental** de la persona interesada, restaurar la salud mental de tal forma que recupere su autonomía en la mayor medida posible, o estabilizar o restablecer su salud física en caso de que su comportamiento como consecuencia de su trastorno mental conduzca a una grave desventaja.

Por su parte, en la legislación Sueca se establece como objetivo adicional al del tratamiento involuntario, conseguir que la persona paciente acepte voluntariamente los cuidados necesarios y a que la misma reciba el apoyo que necesita.

---

#### 4.4.3.2. El internamiento como medida excepcional y de último recurso

---

No en todos los países analizados el internamiento se califica expresamente en la regulación como una medida excepcional de último recurso, ni se alude explícitamente a la necesidad de agotar medidas alternativas, pero sí suelen recogerse alusiones a que el tratamiento no pueda darse de forma menos restrictiva. Sí se presenta como último recurso por ejemplo en los estados latinoamericanos estudiados, Malta, Moldavia, la República Checa o Suecia -donde la ley exige que se brinde a la persona información adaptada individualmente para favorecer consentimiento-.

En el caso de Finlandia, en el proceso para evaluar si se justifica la atención involuntaria en hospital psiquiátrico (posibilidad que el Estado ha anunciado que va a eliminar) se ha de considerar también si existen otros servicios adecuados y suficientes en la comunidad de origen de la persona paciente.

En Países Bajos la legislación recoge y desarrolla expresamente los elementos del juicio de proporcionalidad señalándose que la atención médica obligatoria —dentro de la cual se integra el internamiento— ha de ser necesaria, esto es, únicamente se puede imponer si es la única forma de eliminar daños graves, no hay opciones para el cuidado voluntario y no hay alternativas menos gravosas; además se requiere que sea adecuada por cuanto sólo se justifica si cabe esperar razonablemente que sea eficaz desde el punto de vista de los resultados que se quieren conseguir; y debe ser proporcionada, lo que significa que no resulta una medida excesiva desde el punto de vista del daño grave que pretende evitarse.

---

#### 4.4.3.3. Procedimiento y garantías

---

Con mayor o menor alcance todos los países regulan los procesos para decidir sobre el internamiento incluyendo algunas garantías que, en términos generales, se han ido reforzando; en Europa, a veces como consecuencia de decisiones del Tribunal Europeo de Derechos Humanos. Los procedimientos son muy diferentes en cuando a quién puede iniciarlos, la presencia o no de un organismo de salud mental, la intervención judicial y el momento en que esta se produce.

Las personas que pueden solicitar el internamiento involuntario son distintas en los diferentes Estados y usualmente se incluye a cónyuge y familiares cercanos (Uruguay). Por ejemplo, en Finlandia, donde decide la administración de cuidados especiales, pueden instar la atención

involuntaria el representante de la persona o un pariente cercano y, cuando no existen, o si no están de acuerdo, la junta social u otra institución de bienestar social en cuyo territorio resida la persona o un funcionario designado por ellas. En el caso de Grecia el internamiento involuntario puede ser solicitado por el cónyuge o pariente en línea directa o hasta el segundo grado o que tenga la custodia de la persona o bien la Fiscalía de oficio (y debe ir acompañado de un informe de dos especialistas, al menos uno de ellos psiquiatra y el otro puede ser de especialidad similar). En Irlanda, además del cónyuge o familiar pueden presentar la solicitud un funcionario autorizado, un miembro de la Garda Síochána (Policía Nacional) o cualquier persona que no esté mencionada entre las excluidas (personas menores de 18 años y con las que pueda haber conflicto de intereses). En Lituania la solicitud del internamiento pueden presentarla el representante o el médico o llevarse a cabo por orden judicial y corresponde a la policía proceder a ejecutarlo, sin embargo, se requiere que un médico esté presente. En Letonia, se prevé que cuando la persona perturba el orden público 'debido al trastorno o la enfermedad mental', quien la conduce para la asistencia psiquiátrica es la policía. En otras legislaciones también se alude al papel de la policía o cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado en la ejecución de los internamientos y en algún caso se señala que tienen que ser equipos con formación en salud mental. En Países Bajos cualquier persona que resida en ese municipio puede comunicar al Ayuntamiento la situación en la que una persona con trastorno mental puede ser un peligro para sí misma o terceras; una vez recibida la comunicación el Ayuntamiento desarrolla una «breve investigación» exploratoria en un plazo «razonable».

En Malta, el médico puede cumplimentar el formulario de internamiento involuntario cuando considera que se dan las circunstancias que lo justifican. A continuación, un especialista

en salud mental debe efectuar una segunda valoración adicional y si coincide con la inicial, el especialista también debe firmar la solicitud. Asimismo, la aplicación debe ser firmada por la persona cuidadora responsable. Si no es encontrada o rechaza firmar, un funcionario de bienestar mental deberá valorar a la persona y las circunstancias y firmar la aplicación para que pueda llevarse a cabo el internamiento para la observación involuntaria.

En Estados Unidos hay multitud de personas que pueden solicitar el internamiento: convivientes, parientes cercanos, responsables de servicios sociales o instituciones sanitarias, por ejemplo. También un psiquiatra que supervise el tratamiento o trate a la persona por una enfermedad mental.

En todo caso, la decisión sobre el internamiento requiere de un examen de uno o varios profesionales de la psiquiatría, a veces en consejo (Letonia) y a veces se contempla que el examen lo realice un equipo interdisciplinar o que sea revisado por un equipo o comisión de este tipo (Argentina, Finlandia, Rumanía)

Cuando se interna a una persona sin su consentimiento, es usual la intervención de un órgano judicial, pero el momento y alcance varía. Así, en ocasiones, la autorización del juez es un requisito del internamiento involuntario (Alemania, Bélgica, Portugal, Estonia o Uruguay), en otras ocasiones el tribunal tiene que convalidar la decisión de internamiento adoptada por el personal médico o por una autoridad especializada (Austria, Finlandia, Francia, Italia y Luxemburgo), a veces sólo recibe comunicación para la revisión (Irlanda -donde además el juez asigna un representante legal a la persona- o México), a veces sólo interviene el juez si el internamiento excede de un cierto plazo (Chile, Islandia, Países Bajos o República Checa e Islandia), o si la autoridad de control duda de la justificación del internamiento (es el caso del Defensor de las

Personas con Discapacidad en Croacia, a quien la institución psiquiátrica debe comunicar los internamientos involuntarios). En ocasiones, la posibilidad de intervención judicial depende de que la persona decida remitir la decisión a un tribunal o interponga un recurso (Islandia). Asimismo varía la autoridad judicial que interviene, tratándose a veces del juez civil y en otras ocasiones de un tribunal administrativo (Reino Unido, Rumanía, Suecia o Suiza), por ejemplo. En el caso de Brasil, el internamiento involuntario decidido por el médico se notifica a la Fiscalía y es revisado por esta y por el Comité de Admisión Involuntaria.

Cuando se requiere la intervención judicial, los plazos para decidir difieren en los distintos países, por ejemplo, en Países Bajos cuando no se trata de una situación de crisis una vez que el fiscal —tras un proceso que va orientado a que la persona consienta la atención obligatoria y que puede durar semanas— presenta la solicitud al juez que tiene tres semanas para decidir. Hay países, como Rumanía, que no establecen plazo para decidir aunque dicen que el juicio se llevará a cabo con carácter de urgencia. En Moldavia la junta de psiquiatras (sobre la base de un examen psiquiátrico realizado dentro de las 48 horas de la admisión en el hospital) tiene 24 horas para presentar su opinión al tribunal que debe tomar una decisión en un plazo de 3 días. En el caso de Irlanda, donde la decisión depende de la Comisión de Salud Mental y en Finlandia, donde decide la administración de cuidados especiales, son 14 días; si se decide la atención involuntaria se presenta para convalidación a tribunal. En el caso de Argentina, la decisión de internamiento ha de ser fundada y la adopta el equipo médico que ha de notificarla a la autoridad judicial al juez competente y al órgano de revisión en el plazo de diez horas; dispone de 48 horas para presentar la documentación necesaria (dictamen profesional sobre el riesgo, justificación de la ausencia alternativa eficaz e informe acerca de otras medidas que

se hayan intentado sin éxito, si las hubiera) y el juez en tres días ha de autorizar, requerir más informes los profesionales que tratan a la persona o a expertos externos para evaluar si existen los supuestos necesarios que justifiquen la medida extrema **del internamiento involuntario** y/o denegar la autorización en caso de evaluar que no existen los supuestos necesarios para el mismo, en cuyo caso debe asegurar el fin del mismo de forma inmediata. En este país, el juez sólo puede ordenar por sí mismo un internamiento involuntario cuando, cumplidos los requisitos, el servicio de salud responsable de la cobertura se negase a realizarla.

Además de que en los procesos judiciales previstos se intentan establecer plazos cortos, también se prevén distintas garantías como dictámenes médicos, psicosociales, audiencia de la persona (con distinto nivel de vinculatoriedad y de compromiso con lo que la persona exprese), notificaciones a la persona y familiares, a veces intervención de sujetos que actúen en interés de dicha persona (como alguien designado por ella —persona de confianza en Austria, Bélgica, Francia, República Checa y Suiza—, un representante o un tutor específico para el proceso; en Austria, en defecto de persona de confianza, se nombra *ex lege* una persona que represente los intereses de la persona durante el proceso de internamiento), la intervención de profesionales de la psiquiatría —incluyéndose en ocasiones garantías de independencia, por ejemplo, que se trate de un o una profesional sin involucramiento en el tratamiento de la persona como sucede, entre otros países en la República Checa— y defensa letrada. Es de gran interés que en Portugal los profesionales de la abogacía que asisten en los procedimientos de internamiento son especialistas. También en Buenos Aires y en Entre Ríos (Argentina) se ha habilitado la llamada «Unidad de Letrados del artículo 22», que prevé la Ley de Salud Mental; se trata de unidades de defensa pública especializadas en internamiento involuntario».

En la mayoría de los países en los que el internamiento es autorizado judicialmente, cabe la posibilidad de interponer un recurso, no así en Países Bajos.

Conforme se ha apuntado, hay previsiones distintas sobre la participación de la persona en el proceso, que no siempre se considera un requisito necesario y a veces se limita a un 'examen'. Sí se requiere participación de la persona en el proceso de decisión sobre la atención involuntaria, entre otros países, en el caso de Finlandia, Irlanda y Perú. Resulta interesante que en Moldavia se prevé que en el procedimiento judicial pueda intervenir una asociación pública que defienda los intereses de las personas con trastornos mentales.

En algunas ocasiones, antes de que se decida el internamiento involuntario, se establecen mecanismos para diseñar un plan o programa terapéutico que ha de ser discutido con la persona, que evite el internamiento involuntario (como en Malta, Moldavia y Países Bajos). A veces estos programas, además de incluir medidas terapéuticas aluden a medidas de carácter social. También en algunos países se establecen estos planes una vez que se ha autorizado el internamiento o la atención médica obligatoria.

Las respuestas en la situación de urgencia son muy diferentes. A veces no se contempla, pero en términos generales en las situaciones de urgencia se relajan algunas de las garantías previstas en el ingreso ordinario. A veces cuando en estas situaciones no hay consentimiento para el internamiento se hace una evaluación por equipo de especialistas y se somete a la consideración del organismo especializado que adopta una decisión que luego es controlada judicialmente (Malta, Polonia, Moldavia). Por ejemplo, en Malta, se puede realizar un internamiento de emergencia, la situación es valorada en 24 horas por el especialista de salud mental.

La persona puede estar en observación por diez días y durante este tiempo se prepara un plan de cuidados; si los cuidados requieren institucionalización y no hay consentimiento, se solicita tratamiento involuntario al Comisionado para la Salud Mental (esta Comisión es la que decide y se prevé la posibilidad de recurso en vía judicial contra todas sus decisiones —jurisdicción voluntaria—).

En algunos casos, la decisión de institucionalización de emergencia del organismo de salud mental es luego controlada judicialmente (Estonia —puede durar hasta cuatro días—, Finlandia prevé el control a posteriori también en casos que no sean de emergencia).

Perú prevé, en el caso de a las «emergencias psiquiátricas», que la orden de internamiento expira a las 12 horas de ser emitida, pudiéndose repetir hasta por un máximo de 72 horas continuas. Agotado el periodo máximo de 72 horas es obligatorio intentar procedimientos de cuidado comunitario, aunque ante el fracaso o la imposibilidad de éste, y la persistencia de síntomas se considera la hospitalización.

En algunos países, por ejemplo, Argentina, Colombia, Irlanda, Moldavia, Perú o Suecia, se contemplan previsiones especiales, más garantistas, en el caso de internamiento de personas menores de edad; Chile alude expresamente al derecho de los niños, niñas y adolescentes a ser oídos. En informes relativos a algunos países se ha destacado que los internamientos y medidas coercitivas afectan más a mujeres. Y algunos Estados contienen en sus normativas o estrategias previsiones específicas sobre mujeres.

Resulta de interés la normativa peruana, porque prevé que el enfoque de la multiculturalidad, la discapacidad y el ciclo vital deben tenerse en cuenta en la respuesta a la salud mental («las políticas públicas, planes y servicios de salud

mental consideran las necesidades sanitarias y sociales en todas las etapas del ciclo vital: lactancia, infancia, adolescencia, edad adulta y ancianidad»).

También es interesante la mención que hace la Ley de Salud Mental de Chile a las consecuencias de la discriminación sobre la salud mental. Se señala que «las consecuencias en la salud mental que son producto de la violencia y discriminación que pueda afectar a grupos vulnerables en el ejercicio de sus derechos, deben abordarse desde las perspectivas de derechos, de género y de pertinencia cultural, según corresponda. Ante la existencia de indicios de posible vulneración por motivo de violencia física, psíquica, sexual, de género, económica u otra, se dará prioridad a la atención y detección de aquellas circunstancias, resguardando a la persona de las injerencias del entorno que pudieran estar contribuyendo a afectar su salud mental» (art. 8).

#### 4.4.3.4. Duración

Sobre la duración del internamiento, no en todos los casos se establecen plazos máximos legales, sino que en ocasiones la duración se limita a lo necesario e indispensable sin fijarse un plazo. En todo caso, los plazos legales difieren en los distintos países y se establece la posibilidad de prórroga o nueva autorización. Con carácter general, el internamiento puede acabar antes de lo establecido en la decisión que lo autoriza, si lo decide la institución médica —que en ocasiones tiene que comunicarlo al tribunal—, si bien en algún país existen previsiones especiales para el alta hospitalaria

Suele establecerse la revisión de oficio de la medida (si bien de nuevo los plazos de revisión son diversos) por parte de la autoridad y la posibilidad de la persona o representante y en ocasiones de otras figuras de pedir la revisión.

#### 4.4.3.5. Autoridades y organismos intervinientes. Vigilancia y supervisión

En los distintos Estados hay figuras con diferentes funciones en el marco de los internamientos involuntarios que desempeñan un papel garantista y que puede ser interesante presentar.

A veces el papel está directamente relacionado con la decisión sobre las situaciones concretas de internamiento involuntario. Este es el caso del Comisionado de Salud Mental en Malta, cuya función es más amplia, puesto que se trata de proteger los derechos de las personas con problemas de salud mental y sus cuidadoras; además de recibir la notificación sobre las decisiones de incapacitación o interdicción emitidas por los tribunales, es quien autoriza los internamientos involuntarios. También Perú cuenta con un Comité permanente encargado de evaluar la desinstitucionalización de personas con discapacidad psicosocial.

Otras veces la decisión se toma por el médico o el equipo médico y el papel del organismo es revisarla, como ocurre con el Defensor de las Personas con Discapacidad de Croacia, el Órgano de Revisión de Argentina y la Comisión de Salud Mental en Irlanda. En Francia existen Comisiones de tratamientos involuntarios con competencias de control y/o seguimiento a nivel territorial.

En ocasiones se articulan figuras específicas que operan a la manera de una Defensoría del Pueblo especializada. En la Contrapropuesta de Ley de Salud Mental en México se arbitra un Comité independiente de protección de derechos humanos de las personas usuarias de los servicios de salud mental también con este tipo de funciones. La Comisión Estatal de Protección de Personas con trastornos Mentales de Croacia parece asumir una función similar, aunque se trata de una Comisión dentro del ministerio competente para asuntos judiciales y no de una autoridad independiente. También tiene



un carácter ministerial la Comisión Nacional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedades Mentales, aunque su composición incluye representantes de los colegios profesionales implicados (Medicina, Psicología, Abogacía), de asociaciones de usuarios, de asociaciones de familiares y de la autoridad sanitaria; la normativa que la crea prevé la constitución de Comisiones a nivel Regional.

Similar a la Comisión Chilena en cuanto a funciones y composición, es el Consejo Nacional de Salud Mental de Colombia. Uruguay también instaló una Comisión Nacional de Contralor de la Atención Mental, dependiente el Ministerio de Salud en 2018, dando cumplimiento a lo previsto en la Ley de Salud Mental de 2017, que incluye también representantes de universidades y trabajadores no médicos. Es interesante que los internamientos superiores a 45 días deben ser comunicados tanto a este organismo uruguayo como a la Institución de Derechos Humanos.

Sin embargo, Perú cuenta con un Consejo Nacional de Salud Mental pero la composición es interministerial. En Colombia además hay un Observatorio Nacional específico de Salud mental, que es responsable de consolidar y proveer información sobre la materia.

Existen, por otro lado, organismos que tienen la competencia de recibir quejas de las personas usuarias. Algunos de ellos son específicos de salud mental, como la Junta de Quejas de Pacientes Psiquiátricos en Dinamarca, o el Comité de Quejas independiente al que se le pueden presentar quejas en relación con todas decisiones del director médico y el coordinador de atención en relación con la atención médica obligatoria en los Países Bajos (las decisiones de este Comité se pueden apelar ante el juez). En otros casos son los mecanismos generales de derechos implementados en los hospitales quienes reciben las quejas.

Como se desprende de lo anterior, se encuentran previsiones muy dispares en los distintos países por lo que respecta a la vigilancia y supervisión. En algunos países no se han localizado menciones específicas en la regulación de los internamientos a procedimientos o instituciones de inspección, vigilancia y control. En otros, como en Polonia, se regula de forma muy precisa. En este país hay organismos estatales que supervisan a las instituciones y se confía en la autoridad judicial (en un juez con especial conocimiento en temas de salud mental designado por el presidente del tribunal regional en cuyo distrito se ubica un hospital psiquiátrico o un hogar de asistencia social), que puede realizar visitas (ha de realizar al menos una al año) y requerir información. En Países Bajos también se regula de forma muy detallada esta cuestión, existe una Inspección de Salud y Juventud que tiene funciones en la supervisión de tratamientos involuntarios y cuidados involuntarios, medidas coercitivas (hay control *ex ante* y *ex post*) y la ley menciona también expresamente la intervención de organismos de prevención de la tortura. Asimismo, en Moldavia se confía la supervisión especialmente al defensor del Pueblo, también se prevén recursos judiciales, y se permite que asociaciones puedan realizar visitas a los centros. También en Suecia hay una Inspección Nacional de Salud y Bienestar con competencias sobre la atención psiquiátrica obligatoria, incluida la capacitación del personal y se alude al papel de la delegación especial del Defensor del Pueblo para prevención tortura con amplios poderes.

De cualquier modo, los organismos de prevención de la tortura tienen en general competencia para controlar la situación de las personas internadas. No es este el caso de Italia, donde el mecanismo de prevención de la tortura no alcanza las instituciones psiquiátricas ni otros centros residenciales para personas con discapacidad

Se ha señalado a lo largo del apartado que en algunos casos se da a la persona la oportunidad de identificar una «persona de confianza» durante el trámite del internamiento. Existen además otras figuras que tratan de asesorar y ayudar a la persona a tomar decisiones, que en ocasiones pueden seguir desarrollando sus tareas cuando termina la situación del internamiento o la atención obligatoria. Así, en Suecia se contemplan figuras como el consultor jefe, y la persona de apoyo, nombrada por la junta de pacientes, que asistirá al paciente en asuntos personales siempre cuando se le brinde la atención obligatoria y si la persona paciente y la persona de apoyo lo acuerdan, también durante las cuatro semanas posteriores a la finalización de la atención obligatoria. También en Islandia se contempla el derecho a contar con los servicios y el apoyo de consejeros, como en otros casos, una vez finalizado el internamiento.

En los Países Bajos, además del Comité de Quejas Independiente y la persona de confianza, hay toda una serie de figuras que intervienen en relación con distintos aspectos del internamiento: el coordinador de atención, que es el responsable de la atención médica obligatoria y quien la coordina, actúa siempre bajo el principio de la medida menos restrictiva y siempre debe valorar si la atención puede convertirse en voluntaria, así como la aplicación de alternativas; el Defensor o Consejero de la persona paciente, que puede asesorar y representar los intereses de la persona mientras se prepara su autorización de atención y después, cuando esté recibéndola. Mención especial merece el confidente de la familia (asesor familiar confidencial), que tiene la tarea de informar; aconsejar; apoyar; brindar asistencia con un procedimiento de quejas, mediar; y hasta representar a la persona si el coordinador considera que esta es «incapaz de evaluar razonablemente sus propios intereses» a los efectos de la adopción de la medida; interviene a solicitud de la familia y parientes de una persona con un trastorno mental a quien

se va a aplicar o ya se está aplicando atención obligatoria.

En algunos casos se regulan sanciones y derechos a obtener compensaciones (por ejemplo, en Países Bajos).

---

#### 4.4.3.6. Afectación del internamiento a derechos

---

Aunque la situación ha ido cambiando, en algunos países el internamiento involuntario lleva o llevaba aparejada directamente la posibilidad de restringir otros derechos de la persona, más allá del derecho a la libertad —como derecho al movimiento en el centro, visitas, acceso a información o comunicaciones, o podían ser sometidas a registros de sus pertenencias— sin que estableciese regulación de estas restricciones, se precisara justificación o se establecieran garantías para su adopción.

En este momento, las normativas a veces establecen listas específicas de derechos que pueden ser más o menos detalladas y muchas veces se regulan las condiciones en las que las personas internadas involuntariamente pueden ver restringidos derechos como los mencionados en el párrafo anterior. Por ejemplo, en Moldavia se señala que no está permitido restringir los derechos y libertades de las personas con trastornos mentales únicamente sobre la base de un diagnóstico psiquiátrico, y tampoco por el hecho de estar internadas.

En casi todos los países se permite y se regula la aplicación en los internamientos de medidas coercitivas, usualmente en supuestos de peligro inmediato para la persona o terceras y bajo el principio de medida menos restrictiva (en el caso de Irlanda el Código de la Comisión de Salud Mental incluye principios sobre las medidas restrictivas). En general, se permiten y regulan las contenciones químicas, físicas y el aislamiento.

En Argentina el Decreto de la Ley de Salud Mental prohíbe el aislamiento, y un Dictamen elaborado por el Órgano de Revisión recomienda prohibir el uso del *electroshock*. En Perú se encuentran prohibidos el aislamiento, los tratamientos farmacológicos y la terapia electroconvulsiva sin consentimiento. Colombia también prohíbe los aislamientos.

Una situación a considerar la encontramos en Islandia, donde no hay regulación de las medidas de contención, sino que se realizan aproximaciones de desescalada para aliviar situaciones de crisis y cuando esto no es suficiente se llama a la policía; no se aplica nunca la contención mecánica ni el aislamiento, y la contención química se utiliza únicamente como último recurso.

La contrapropuesta de la sociedad civil mexicana, se sitúa en la línea de prohibir las medidas coercitivas y el tratamiento involuntario.

Conviene tener en cuenta que las medidas restrictivas de derechos pueden aplicarse en algunos países aunque la persona no esté institucionalizada y a veces en el marco de «atención especial voluntaria», por ejemplo en Finlandia; en este estado, cuando una persona en atención especial voluntaria debe ser sometida reiteradamente a medidas restrictivas se evalúa el por qué (y se valora si debe pasar a involuntaria). En Países Bajos las medidas coercitivas se incluyen entre las formas de cuidados involuntarios, y también es regulada la posibilidad de que sean aplicadas en el hogar; el recurso frecuente a las medidas coercitivas dio lugar a la elaboración de planes de reducción de su aplicación.

En Finlandia se menciona expresamente que las medidas restrictivas deben adoptarse con respeto a la dignidad de la persona bajo cuidado especial, con la mayor seguridad posible y atendiendo sus necesidades básicas y ha de suspenderse tan pronto como ya no sea necesaria

o si pone en peligro la salud o la seguridad de la persona en cuidados especiales. También en Finlandia se detallan las medidas que es posible adoptar y sus condiciones, incluso las relativas a la utilización de «dispositivos o accesorios restrictivos de la vida diaria», que se admiten en caso de que exista peligro para la seguridad o salud de la persona bajo cuidados especiales. Entre estas medidas restrictivas está incluido el tratamiento involuntario.

Hay otros países como Polonia y Malta donde no se permite la terapia electroconvulsiva sin consentimiento y existe una regulación exhaustiva del uso de la coacción directa con personas con trastornos mentales con estándares de emisión y notificación, documentación y formularios, criterios detallados para la evaluación de su legitimidad y ciertas garantías, algunas de las cuales se recogen también en otros países (decisión por el médico o supervisión médica, periodos máximos, exámenes de la persona, notificación al jefe del departamento en algunos casos, grabación, registro documental).

En Hungría se prohíben las medidas restrictivas que impliquen tortura o tengan carácter cruel inhumano, degradante o punitivo y la medida sólo puede durar mientras exista el motivo que la justifique. En este país los proveedores de servicios sociales han de establecer la política detallada sobre la aplicación de medidas restrictivas.

Por lo que respecta a Irlanda, la Comisión de Salud Mental ha preparado un Código de Práctica sobre el uso de las Contenciones Físicas y una guía sobre procedimientos de contención para proveedores de servicios residenciales para personas adultas y niños y niñas con discapacidad.

En Moldavia hay directrices nacionales a partir de las cuales se aprueban directrices internas de los hospitales, en ellas se permiten también

medios químicos y medicación farmacológica. En el caso de Hungría, el proveedor de atención es quien debe definir el Protocolo para el uso de medidas restrictivas.

En Francia, las medidas coercitivas se controlan mediante su inscripción en un registro. En Malta, el uso de medidas restrictivas requiere autorización por parte del Comisionado de Salud Mental. En Alemania, la posibilidad de aplicar medidas coercitivas está sujeta a autorización judicial y en Suiza a control judicial.

En algunos lugares como Moldavia (que prohíbe además métodos quirúrgicos irreversibles) o Malta se contienen prevenciones en relación con la experimentación con las personas sometidas a internamiento involuntario. En Lituania se regula asimismo el trabajo en las instalaciones de salud mental que debe ser voluntario y tener un efecto terapéutico y rehabilitador y ayudar a la persona a volver a la comunidad.

---

#### 4.4.3.7. Medidas alternativas

Por lo que respecta a las medidas alternativas, en muchos de los países existen servicios regulados en las leyes de discapacidad o en las leyes de servicios sociales, algunos generales y otros específicos para personas con discapacidad psicosocial, que suponen atención comunitaria, si bien su disponibilidad en la práctica y, por tanto, su capacidad para evitar internamientos involuntarios e institucionalizaciones es muy dispar en los distintos países. Por otro lado, la atención obligatoria, como hemos visto, a veces se dispensa en comunidad.

De las distintas normas y estrategias analizadas, resulta interesante la aproximación de la legislación de salud mental de Moldavia, basada en un enfoque integrador, que alude no sólo al ámbito sanitario, sino por ejemplo también a la educación, empleo o protección social.

En ocasiones, los planes y estrategias de desinstitucionalización insisten en medidas para la lucha contra el estigma, en ocasiones con referencia a medios de comunicación y en la formación de profesionales. También el éxito en relación con este aspecto ha sido dispar.

Una medida alternativa en sentido estricto sería la que se propone en la contrapropuesta de ley de salud mental de la sociedad civil mexicana. Se trata de los equipos de respuesta inmediata para situaciones de crisis, que son grupos capacitados en técnicas de desescalada no violentas, preferentemente con experiencia vivida en temas de salud mental, comunicación asertiva, y con destrezas para resolver situaciones de crisis. Se prevé que estos equipos asistan en la prevención de situaciones de crisis, mediante la identificación de disparadores y el diseño de estrategias de respuesta en momentos en que una persona esté experimentando altos niveles de estrés o frustración y ansiedad intensas. También les corresponde elaborar, conjuntamente con la persona usuaria de los servicios de salud mental planes individualizados de respuesta a situaciones de crisis y colaborarán para el diseño de directivas anticipadas, en su caso, respetando en todo momento la voluntad y preferencias de la persona. El objetivo es que puedan intervenir en cualquier momento en situaciones de crisis y estarán disponibles todos los días y en cualquier horario.

---

#### 4.4.3.8. Consentimiento informado e Instrucciones previas

Si se aborda el internamiento involuntario desde le punto de vista de la salud, es posible contemplarlo, al igual que el tratamiento involuntario, como una excepción al consentimiento informado, por esta razón, entendemos que merece la pena tener un panorama sobre la medida en que en el Derecho comparado la relación entre profesional de la medicina y paciente por razones de salud mental parte del principio de

autonomía. En todos los países analizados se recoge expresamente el consentimiento informado en la esfera médica como regla general, siendo el internamiento y los tratamientos involuntarios excepciones basadas en la protección de los bienes jurídicos en liza.

De este modo, es frecuente encontrar excepciones al consentimiento de la persona paciente en circunstancias de salud mental. Asimismo, en los supuestos de limitación de la capacidad se requiere la intervención del representante en la atención a la salud (Estonia, República Checa) o, en determinadas ocasiones otras personas cercanas a la paciente (tales como cónyuge) o incluso el representante puede sustituir a la persona (Brasil). Por otro lado no siempre se contienen menciones expresas a la garantía de las condiciones de accesibilidad y ajustes en la prestación del consentimiento, cosa que sí se hace en Perú y Uruguay.

En Lituania cuando la persona paciente no es capaz de evaluar correctamente su estado de salud, el psiquiatra puede prescribir un tratamiento involuntario. El representante debe ser informado de esta prescripción y si la persona paciente o el representante discrepan, es posible apelar la decisión al MMHC (Comisión de Salud Mental Municipal). La persona tiene que ser informada sobre la hospitalización y sus derechos y debe constar su firma. Si no es posible o si rechaza firmar, el acto de la información debe ser testificado por escrito por dos testigos que pueden ser parte del personal de la institución, pero no psiquiatras.

La nueva ley de salud mental chilena establece pautas para garantizar que desde el primer ingreso de la persona a un servicio de atención en salud mental, ambulatorio u hospitalario, sea obligación del establecimiento integrarla a un plan de consentimiento libre e informado, como parte de un proceso permanente de acceso a información para la toma de decisiones en salud

mental. Asimismo se establece la obligación de articular apoyos para la toma de decisiones que protejan la voluntad y preferencias de la persona con respecto a los tratamientos o alternativas terapéuticas que les sean propuestos; la excepción es el internamiento involuntario. Colombia prevé los apoyos en la Ley de Salud Mental y en la Ley 1996 que reemplaza el sistema sustitutivo en materia de capacidad jurídica por uno de apoyos; en la normativa se ponen en valor la voluntad y preferencias de la persona, incluido su derecho a asumir riesgos y a cometer errores.

También en Moldavia y Países Bajos se alude a la necesidad de tener en cuenta los deseos de la persona. En los Países Bajos se contempla la elaboración de una «tarjeta de cuidados» que describe los deseos y preferencias de la persona con respecto a la atención. En la normativa letona se prevé la posibilidad de que la persona paciente ejercite los derechos a través del representante; además, cuando corre peligro la vida de la persona que está en internamiento involuntario, se le puede suministrar tratamiento sin su consentimiento. Conforme se ha visto, en algunos lugares, como Francia, la persona puede nombrar a una persona de confianza en el momento del ingreso asistencial u hospitalario y otras veces además o en lugar de lo anterior se designa un representante

Una de las alternativas al internamiento involuntario es tener en cuenta las previsiones hechas por la propia persona que se encuentre en la situación de riesgo para sí misma descrita como justificación para el internamiento involuntario y/o el tratamiento involuntario (directivas anticipadas o instrucciones previas).

En algunos Estados europeos se prevé expresamente la adopción de instrucciones previas en materia de salud, aunque no se refieren específicamente a los casos de salud mental. Una figura en esta línea es la declaración autovinculante o el autocompromiso prevista en la

normativa sobre atención médica obligatoria de Países Bajos. En Francia existe un interesante proyecto piloto para incentivar las directivas anticipadas en psiquiatría.

En el informe que el Foro Lituano de la Discapacidad presentó al Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad se habla de una reforma—que no ha podido ser localizada— en la que se establecen medidas alternativas a la declaración de incapacidad y la posibilidad de utilizar directivas anticipadas (*Art. 2.1371 Advanced directives; art. 3.2791 Support in making decisions of the Civil Code*).

La mayoría de los estados americanos estudiados prevén expresamente las directivas anticipadas en materia de salud mental. Es así en Argentina, Chile y Colombia. Además de tomar decisiones anticipadas sobre la atención y el tratamiento, las personas pueden designar quién puede asistirles en la toma de decisiones llegado el momento.

#### 4.4.3.9. Vida independiente y Salud Mental

La Unión Europea abrió la posibilidad de destinar Fondos Estructurales y de Inversión en el período 2014-2020 a prevenir la institucionalización y favorecer la transición a servicios basados en la comunidad, en el marco del objetivo temático 9 que constituye una de las prioridades del Fondo Social Europeo. En este marco, varios países europeos han puesto en marcha estrategias de desinstitucionalización, con distinto éxito, específicamente en materia de salud mental. En algunos países estas estrategias de han vinculado con Planes o Estrategias de Reforma Psiquiátrica.

Así ha ocurrido en lugares como Bulgaria, Croacia, Hungría, Letonia o Moldavia, con un éxito discutible por distintas razones combinadas: falta de voluntad política, ausencia de

una implementación sistemática y escasez de recursos financieros o humanos disponibles.

En Bulgaria, desde 2003 se viene implementando una reforma en el campo de la protección y la integración social de personas con problemas de salud mental. La máxima prioridad ha sido la desinstitucionalización y el desarrollo de servicios sociales comunitarios. Sin embargo, en este caso por ausencia de una decidida voluntad política de reforma y por la escasa financiación, la institucionalización se mantiene. En estos momentos, el objetivo es ponerla fin en 2034.

Otros Estados comenzaron la política de institucionalización en momentos anteriores. Por ejemplo, Dinamarca abolió el cuidado institucional en 1998, en el marco de una reforma de las políticas sociales. En Dinamarca y otros Estados con políticas similares el problema es que las grandes instituciones se han sustituido por alojamientos de hasta 50 personas, con lo que las posibilidades de vida independiente son limitadas.

En Finlandia se ha apostado de forma importante por la desinstitucionalización, aunque todavía queda trabajo por hacer particularmente en el caso de las personas con problemas de salud mental, donde se ha avanzado en el paso de instituciones grandes a arreglos de vida en grupos más pequeños.

La República Checa, Rumanía (donde la mayoría de las iniciativas de apoyo basadas en la comunidad están a cargo de organizaciones no gubernamentales, incluidas personas con experiencia en problemas de salud mental, cuidadores y profesionales), Polonia y también los Países Bajos (a pesar de su legislación garantista) tienen altas tasas de institucionalización e internamientos. Sin embargo, en Islandia, donde la legislación sobre internamientos involuntarios presenta bastantes carencias, los servicios

de apoyo en la comunidad han conseguido mayor éxito a la hora de evitar las institucionalizaciones gracias a una normativa de prestación de servicios para personas con discapacidad a largo plazo que establece que la función de estos servicios consiste en permitirles vivir en sus propios hogares e incluye medidas de transición de las instituciones a la vida comunitaria.

En Suecia la clave general para evitar la institucionalización de personas con discapacidad es la figura de la asistencia personal, si bien la desinstitucionalización de las personas con discapacidad psicosocial sigue pendiente (a diferencia de lo que sucede con las personas mayores y las personas con discapacidad intelectual, donde el proceso ha finalizado). En todo caso, una figura que se está mostrando muy eficaz para evitar los internamientos involuntarios en Suecia es la del personal Ombudsman; antes mencionada, se trata de una figura dentro de los servicios sociales municipales que apoya a las personas con discapacidad psicosocial ayudándolas a resolver los conflictos.

En términos generales, el camino hacia la desinstitucionalización es más lento para las personas con discapacidad psicosocial (Irlanda, Letonia, Suecia) y además, en los países que la han iniciado y ejecutado con un cierto éxito, el proceso se ralentiza en el paso al segundo nivel (Dinamarca, Finlandia, Moldavia).

En el caso de los países americanos estudiados, la atención comunitaria y la desinstitucionalización parece una intención que todavía no se ha trasladado a los hechos, más allá de algunas iniciativas. Algunos países, como Argentina o Chile han prohibido la creación de instituciones psiquiátricas.

#### 4.4.3.10. Algunas buenas prácticas

Para finalizar, se enumeran algunas buenas prácticas identificadas que pueden ser de utilidad a la hora de plantear soluciones en el contexto español.

**Argentina.** «Unidad de Letrados del artículo 22». Se trata de unidades de defensa pública especializadas en internamiento involuntario previstas por la Ley de Salud Mental, que han sido ya implementadas en Buenos Aires y en Entre Ríos.

**Argentina.** Órgano de Revisión en Salud Mental. Funciones diversas. Dictamen de maternaje de mujeres.

**Austria.** Diálogos prospectivos. Aunque se prevén para las personas mayores institucionalizadas, pueden constituir una práctica interesante en materia de salud mental: se trata de conversaciones, diálogos, entre enfermeros, cuidadores y médicos con los residentes. Esta herramienta de comunicación refuerza la autodeterminación y permite a los responsables tomar decisiones éticamente difíciles en el final de la vida. En definitiva, se trata de conocer la voluntad, los deseos y las preferencias de las personas para el caso de necesitar tratamiento y no estar en condiciones de prestar un consentimiento libre e informado.

**Brasil.** Red de Salud Mental basada en la Comunidad. En cada área territorial la red se configura de forma diferente en atención a las necesidades. Los mecanismos de coordinación son los Centros de Atención Psicosocial y los Centros Comunitarios de Salud.

**Estados Unidos.** Tratamiento Ambulatorio Asistido.

**Estonia.** Servicio de apoyo a la vida diaria. Las personas adultas (salvo las personas mayores con demencia y sin otro desorden mental y las personas con dependencia al alcohol o a las drogas como desorden mental primario), siempre que cumplan las condiciones de tener un «severo, profundo o permanente desorden

mental» y que no estén recibiendo un servicio de vida en comunidad o un servicio de cuidado especial 24-horas, pueden beneficiarse del servicio de apoyo a la vida diaria cuyo objetivo es «el mejor afrontamiento y desarrollo independiente posible de una persona mediante el apoyo al afrontamiento psicosocial, el desarrollo de las habilidades de afrontamiento de la vida cotidiana y las habilidades laborales y el asesoramiento de las personas cercanas y las personas que viven juntas con la persona». El proveedor de servicios debe:

1. Desarrollar las habilidades personales y para la vida cotidiana de la persona involucrándola en las actividades, desarrollando las habilidades antes mencionadas y teniendo en cuenta el estado de salud de la persona.
2. Supervisar a la persona en la creación, preservación y desarrollo de las relaciones sociales.
3. Supervisar a la persona en la planificación del tiempo y en el tiempo libre.
4. Supervisar a la persona en el uso de los servicios de salud, sociales, postales, financieros y de otro tipo y en la búsqueda e implementación de las posibilidades de adquirir una educación.
5. Desarrollar las habilidades laborales de la persona y permitirle practicar el trabajo.

6. Asesorar a las personas cercanas a quien tiene derecho a recibir el servicio, incluidas aquellas que vivan con ella en la misma vivienda, sobre las especificidades del comportamiento de esta y la comunicación con ella.
7. Apoyar la actividad de los grupos de apoyo a las personas que reciben el servicio y tienen diagnósticos similares y problemas relacionados mediante la supervisión y asesoría de las personas.
8. Involucrar a la persona en otras actividades necesarias para la consecución del objetivo del servicio de soporte de la vida diaria.

**Francia.** Directivas anticipadas en psiquiatría.

**Grecia.** Unidades Móviles de Salud Mental.

**Moldavia.** Participación en el proceso de internamiento involuntario de asociación representativa de intereses de personas con discapacidad psicosocial.

**Moldavia.** «Observación del dispensario». Se trata de un registro ambulatorio de pacientes con fines preventivos y curativos, realizado por una institución de salud pública y que implica seguimiento del estado de salud mental mediante exámenes médicos psiquiátricos periódicos y la prestación de la asistencia médica y social necesaria. Como en otros estados, es posible realizar este seguimiento sin el consentimiento de la persona, por lo que solo con dicho consentimiento es posible aceptar un seguimiento de este tipo como buena práctica.

**Países Bajos.** Unidades de cuidados intensivos (HIC) para reducir medidas de aislamiento. Con un cuidado acogedor, acompañamiento permanente a la persona y colaboración del equipo ambulatorio, persona, familiares y personal que actúa de forma proactiva para evitar la escalada (Mental Health Europe).



**Países Bajos.** Tarjeta de cuidados. Describe los deseos y preferencias de la persona con respecto a la atención.<sup>156</sup>

**Polonia.** Casas club que trabajan en el desarrollo de habilidades de las personas usuarias y en su empoderamiento (Mental Health Europe).

**Portugal.** Asistencia letrada especializada en el procedimiento de internamiento.

**Reino Unido.** Órdenes de Tratamiento en entorno comunitario (CTO).

**Suecia.** *To Come to One's Own Rights*. Se trata de un Proyecto de empoderamiento que comenzó en un hospital y se extiende a la comunidad mediante la organización de actividades como talleres, foros de discusión y picnic. El objetivo es eliminar camas de sujeción, implementar cuidados centrados a la persona y orientados a la recuperación y promover servicios en la comunidad que respeten los derechos humanos (Mental Health Europe).

**Suecia.** *Personal Ombudsmen*. Es una figura de apoyo que contacta con las personas con discapacidad mental y psicosocial abriendo canales de comunicación. Ayuda a resolver conflictos pendientes (con el vecindario, la familia, el psiquiatra y los servicios sociales). Se ubica en los servicios sociales municipales

## 4.5. El internamiento involuntario en el derecho estatal español

### 4.5.1. Su contextualización en el ámbito sanitario: la Ley General de Sanidad y la Ley de los Derechos del Paciente

Una breve referencia a la configuración de la Salud Mental en el sistema sanitario diseñado en la Ley 14/1986, General de Sanidad de 25 de abril, pone de manifiesto la discordancia existente entre la regulación civil y procesal que constituye el anclaje legal de los internamientos involuntarios y los principios que informan esta materia en el ámbito de la salud. Dentro del Título I *del Sistema de Salud*, el Capítulo III, de la Salud Mental, establece los siguientes principios.

Artículo 20:

Sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización.

1. La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial

156. Ejemplo:

¿Qué medicación quiere y no quiere recibir?

- ¿Cómo desea recibir la medicación (comprimidos, inyecciones, etc.)?
- ¿Qué cosas le ayudan a sentirte mejor?
- ¿Y qué cosas le hacen sentir peor?

La tarjeta de cuidados también debe indicar:

- Qué tratamiento le gustaría recibir en casa, si fuera necesario;
- Qué tratamiento definitivamente no le gustaría recibir en casa;
- Con qué tratamientos está dispuesto a cooperar;
- Con qué tratamientos definitivamente no está preparado para cooperar;
- Si tiene preferencia por un proveedor de atención médica o una institución en particular.

y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización.

Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría.

2. La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.
3. Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.
4. Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general.

Como puede advertirse, la ley General de Sanidad adopta como principio de la actuación sanitaria en este ámbito la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y la plena equiparación de la persona con trastorno mental con el resto de las personas que requieren servicios sanitarios y sociales. Ello implica terminar con la separación de la asistencia psiquiátrica del resto del Sistema y su plena incorporación en

los hospitales generales, a través de las unidades de salud mental.

Por su parte, en la Ley de los Derechos del Paciente de 2002 no existe referencia alguna a la figura del internamiento involuntario como posible excepción a la regla general de la obtención del consentimiento informado para cualquier intervención médica; cabría considerarlo incluido en la previsión general que autoriza a los facultativos a llevar a cabo intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento «cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él», (art.9 Ley 41/2002). En todo caso, y como se tendrá la ocasión de poner de relieve, la regulación del internamiento involuntario en el derecho español se efectúa en una norma de carácter procesal que no tiene necesaria apoyatura en el precepto anteriormente transcrito.

#### 4.5.2. La regulación legal del internamiento involuntario

La reglamentación del internamiento involuntario en el Derecho estatal español estuvo, en sus inicios, vinculada a la beneficencia.<sup>157</sup> Hasta la reforma de 1983, los ingresos se acogían a

---

157. En este sentido, la Ley de Beneficencia de 1822 dedicaría una amplia atención a la hospitalización de los «enfermos mentales». Colocaba a los «hospitales de locos» bajo la dirección y vigilancia de las Juntas Municipales de Beneficencia (art. 40) y determinaba que el «hospital de locos» estaría siempre separado del resto de los hospitales de otra índole (art. 107). Señalaba, de otro lado, que «las casas públicas destinadas a recoger y curar los locos» podrán ser comunes a dos o más provincias (art. 119) y establecía que no se situarían en la capital, sino en los lugares que ofrezcan más ventajas o comodidades para la curación de los «enfermos» (art. 120). Dentro de cada establecimiento, se determinaba la separación de hombres y mujeres en distintos departamentos (art. 121), se prohibía «el encierro continuo, la aspereza en el trato, los golpes, grillos y cadenas» (art. 122) y se señalaba que se ocuparía a los «enfermos» en «los trabajos más proporcionados a cada uno, según la posibilidad de la casa y el dictamen del médico» (art. 123). Información extraída del Informe del Defensor del Pueblo *La situación jurídica y asistencial del enfermo mental en España* (1991), disponible en <https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2015/09/Situaci%C3%B3n-jur%C3%ADdica-y-asistencial-del-enfermo-mental-en-Espa%C3%B1.pdf>

lo dispuesto en el Decreto republicano de 3 de julio de 1931, regulador de la asistencia a enfermos mentales y que preveía, a grandes rasgos, un internamiento de carácter administrativo, cuyo control se confiaba al Gobernador civil, siendo los criterios del internamiento la enfermedad psíquica que aconseje el aislamiento, la peligrosidad de origen psíquico, la incompatibilidad con la vida social, las toxicomanías incorregibles, que pongan en peligro la salud del enfermo o la vida y los bienes de los demás (art.10). Este sistema no se ocupó ni de la protección jurídica de las personas frente a los internamientos indebidos ni de sus derechos una vez internadas<sup>158</sup> y era, pues, un fiel reflejo del modelo de la prescindencia vigente en el Código civil de 1889.

Tras la promulgación de la Constitución Española quedan garantizados constitucionalmente los derechos comprometidos en el internamiento involuntario: la asistencia sanitaria y social (41, 43 y 49 CE), el derecho a la libertad (art.17 CE) y el derecho a la tutela judicial efectiva (art.24 CE). En este punto conviene recordar que el apartado primero del artículo 17.1 establece: «Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad, sino con observancia de lo establecido en este artículo y en los casos y en la forma previstos en la Ley». La reforma del internamiento preconstitucional era, pues, perentoria.

Pues bien, la reforma del Código civil en materia de incapacitación e instituciones tutelares (1983), destina el artículo 211 a la regulación del internamiento del presunto incapaz del Código civil y, en claro rechazo a las prácticas

históricas, introduce un sistema de control judicial, ventilado a través del cauce de jurisdicción voluntaria (DA de la Ley 13/1983). Este artículo 211 establecía lo siguiente:

El internamiento de un presunto incapaz requerirá la previa autorización judicial, salvo que, razones de urgencia hiciesen necesaria la inmediata adopción de tal medida, de la que se dará cuenta cuanto antes al Juez, y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas.

El Juez, tras examinar a la persona y oír el dictamen de un facultativo por él designado, concederá o denegará la autorización y pondrá los hechos en conocimiento del Ministerio Fiscal, a los efectos prevenidos en el artículo 203.

Sin perjuicio de lo previsto en el artículo 269.4.º, el Juez, de Oficio, recabará información sobre la necesidad de proseguir el internamiento, cuando lo crea pertinente, y, en todo caso, cada seis meses, en forma igual a la prevista en el párrafo anterior, y acordará lo procedente sobre la continuación o no de internamiento.

Esta regulación fue objeto de numerosas y muy fundadas críticas por parte de la doctrina<sup>159</sup> cuyo denominador común era la indefinición de algunas de sus previsiones: el tipo de establecimiento (sanitario, asistencial, de educación o formación especial); el sujeto del internamiento (sólo el presunto incapaz, con exclusión de los menores y mayores incapacitados o todos ellos); legitimación para promover el procedimiento, la ausencia de criterios para decidir el internamiento; plazos para las actuaciones judiciales o la (excesiva) extensión del plazo para verificar

158. Vid. ampliamente BERCOVITZ RODRÍGUEZ-CANO, R., *La marginación de los locos y el Derecho*, Taurus, 1976. También puede verse BARRIOS FLORES, L.F., «La regulación del internamiento psiquiátrico involuntario en España: carencias jurídicas históricas y actuales», *Derecho y Salud*, n.º22, 2012, págs.31 y ss

159. Vid. BERCOVITZ RODRÍGUEZ-CANO, R., «La protección jurídica de la persona en relación con su internamiento involuntario en centros sanitarios o asistenciales por razones de salud», *A .D .C.*, 1984, vol. 37-4, págs. 953 y ss.

el control de los internamientos (seis meses); indeterminación de los derechos de la persona durante el internamiento.<sup>160</sup>

Asimismo, en sede de instituciones tutelares, el artículo 271.1.º Cc obligaba al tutor a solicitar autorización judicial para internar a la persona tutelada en un establecimiento de salud mental o de educación o formación especial. No se trataba de dispensar un distinto régimen a este internamiento, al que le resultara de aplicación el cauce del artículo 273 Cc («el Juez oirá al Ministerio Fiscal y al tutelado, si fuese mayor de doce años o lo considera oportuno, y recabará los informes que le sean solicitados o estime pertinentes»); se entendió, en su momento, que este precepto era un mero recordatorio de lo dispuesto en el artículo 211 que disciplinaba, con carácter general, los internamientos, y, por tanto, la autorización judicial requerida en el artículo 271 no era distinta de la exigida en el artículo 211, piénsese que la facultad de internar no se concedía a quienes ejercen la tutela o la curatela sino a la autoridad judicial, de suerte

que sería siempre el juez quien, tras examinar al incapacitado y oír el dictamen del facultativo, acordara el internamiento.<sup>161</sup>

Con el fin de atemperar algunas de las críticas al artículo 211 del Código civil, se da nueva redacción a su primer párrafo que queda redactado como sigue.<sup>162</sup>

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, requerirá autorización judicial. Esta será previa al internamiento, salvo que razones de urgencia hiciesen necesaria la inmediata adopción de la medida, de la que se dará cuenta cuanto antes al Juez y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas. El internamiento de menores, se realizará en todo caso en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor.

---

160. También critica las inconsistencias del sistema originadas en la deficiente regulación del artículo 211, el Informe ya citado del Defensor del pueblo (1991) en su conclusión primera: «Lo escueto de la regulación contenida en el artículo 211 del Código civil, da lugar a la existencia de importantes lagunas que están generando en la práctica un cierto margen de inseguridad jurídica cuya trascendencia se encuentra en directa proporción con el ámbito en el que se produce: el del derecho fundamental a la libertad personal. Así, tanto la administración sanitaria como jueces y fiscales, aplican criterios contradictorios y de muy distinto alcance».

161. Esta es la línea mantenida por el TS en Sentencia de 20 de febrero de 1989 cuando afirma que «el internamiento es un establecimiento psiquiátrico no es una normal consecuencia de la expresada incapacitación conferible a quien sea encargado de la custodia del incapacitado, ni en consecuencia emana de la normativa contenida en el artículo 200 del Código civil con su complemento en el artículo 208 del mismo cuerpo legal, sino de una específica regulación establecida en el artículo 211 del referido Código, para el caso de que un incapaz requiera internamiento, y cuya facultad no viene encomendada al órgano de guarda constituido, sino exclusivamente al juez correspondiente, con acomodo a la expresada normativa contenida en el artículo 211, a la que, en su caso y momento, de estimarse que se dan las circunstancias para su aplicación, habrá de acudir, y mucho más en cuanto que las limitaciones de índole personal, como son las de internamientos en centros psiquiátricos, no pueden establecerse a priori y genéricamente sino en el momento y concretamente para cuando se dé la causa que requiera tan extraordinaria medida afectante a la personalidad».

162. A través de la Disposición Adicional Duodécima de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero de Protección Jurídica del Menor.

Se observan algunas mejoras tales como: **a**) la mejor definición de la persona objeto del internamiento, persona que no está en condiciones de decidirlo por sí, que poniéndose el acento en la imposibilidad de esta de prestar un consentimiento libre e informado, al margen de cualquier otra consideración (menores, incapacitados, presuntos incapaces...). Y **b**) la necesidad de adecuar a la edad del menor el tipo de establecimiento de salud mental en el que se desarrollará el internamiento.

Posteriormente, la nueva Ley de Enjuiciamiento Civil acogió las reglas procedimentales del proceso de incapacitación y de prodigalidad recogidas en el Código civil (antiguos artículos 202 a 214 y artículos 294-296 y 298 Cc), que, en su nueva ubicación sistemática, pasaron a denominarse procesos sobre la capacidad de las personas (art.756 y ss) y, bajo cuya rúbrica quedó también, incorrectamente acogido, a nuestro juicio, el artículo 763 Lec que regula *el internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico* así:

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.

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 oír 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.

El nuevo texto, más completo y, sin duda, más garantista, introduce las siguientes modificaciones de orden puramente procedimental:

- a. Se abandona el cauce de la jurisdicción voluntaria y se somete a un proceso especial de naturaleza contradictoria.
- b. Determinación de la competencia en el procedimiento ordinario para autorizar el internamiento (residencia de la persona afectada por el internamiento) o ratificarlo en el procedimiento de urgencia (lugar donde radique el Centro).
- c. Establecimiento de un plazo máximo para ratificar el internamiento urgente (72 horas);
- d. Establecimiento de las garantías que deben rodear la adopción de esta decisión:
  - Además de oír a la persona afectada, que ya se preveía en la regulación originaria, se impone la obligación de oír al Ministerio Fiscal y a cualquier otra persona cuya comparecencia el juez estime conveniente o le sea solicitada por el afectado por la medida.
  - Examen por sí mismo de la persona cuyo internamiento se solicita. Se trata de verificar que la persona no está en condiciones de decidir por sí misma el internamiento.

- Oír el dictamen de un facultativo por el designado.
- Practicar cualquier tipo de prueba que estime relevante al caso.
- Posibilidad de comparecer con su propia defensa y representación.<sup>163</sup>
- Posibilidad de recurrir la decisión que acuerde el internamiento.

Cuando se trate de ratificar el internamiento urgente, la decisión deberá rodearse de las mismas garantías, aunque parece difícil su realización en el plazo de 72 horas que determina el precepto.

Acordado el internamiento, se mantiene en el texto, con mayor detalle y mejor redacción, la obligación de los facultativos de informar periódicamente al juez de la necesidad de mantener la medida cada seis meses o en un plazo inferior si así lo determinó el juez en el momento de acordarse el internamiento.

Pues bien, a pesar de seguir el legislador la mayoría de las indicaciones señaladas por la doctrina y el Tribunal Constitucional, la nueva regulación no pone fin a la mayor objeción recibida, tanto en la versión del Código civil como en la versión vigente de la Ley de Enjuiciamiento civil, y que pondrá de manifiesto el Tribunal Constitucional en diversas sentencias, en las que se limita a justificar el necesario carácter orgánico de la ley que incida sobre la libertad personal, sin declarar su nulidad para evitar vacíos normativos que puedan resultar gravemente perjudiciales.

163. Sobre las claves de la intervención del abogado en este proceso, puede consultarse PALLARÉS NEILA, J., «Guía práctica de defensa letrada ante la práctica de un internamiento involuntario por razón de urgencia», *Diario La Ley*, n.º 9.626, de 6 de mayo de 2020.

La primera de ellas es la STC 129/1999 de 21 de julio en la que se desestima la cuestión planteada y se declara la constitucionalidad del precepto (art.211 versión originaria), si bien cuenta con un voto particular favorable a la estimación de la cuestión, con la consiguiente declaración de inconstitucionalidad del precepto discutido por su contradicción con los artículos 17.1 y 81.1 CE.

A continuación, la STC 132/2010, de 2 de diciembre concluye con rotundidad la necesidad de regular toda restricción de libertad al amparo de una ley orgánica:

Tal es el caso del primer inciso del párrafo primero del señalado art. 763.1 LEC, según el cual «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», así como del primer inciso del párrafo segundo del mismo artículo que establece «la autorización será previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hicieren necesaria la inmediata adopción de la medida».

Ciertamente en ambos casos nos hallamos ante unos preceptos incluidos en una ley ordinaria y dotados efectivamente de este carácter que, no obstante, regula una materia que, de acuerdo con la doctrina establecida en la STC 129/1999, FJ 2, es materia reservada a ley orgánica (arts. 17.1 y 81.1 CE), de tal modo que vulneran el art. 81.2 CE.

A esta declaración de inconstitucionalidad no debe anudarse en este caso la declaración de nulidad pues esta última crearía un vacío en el Ordenamiento jurídico no deseable, máxime no habiéndose cuestionado su contenido material. Por otra parte, como recordamos en la antes aludida Sentencia del día de hoy en la cuestión de inconstitucionalidad núm. 4511-1999, (FJ 4), la posibilidad de no vincular inconstitucionalidad y nulidad ha sido reconocida por nuestra jurisprudencia.

Estamos, por consiguiente, en presencia de una vulneración de la Constitución que sólo el legislador puede remediar; razón por la que resulta obligado instar al mismo para que, a la mayor brevedad posible, proceda a regular la medida de internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico mediante ley orgánica.

Esta subsanación se produjo en virtud de lo dispuesto en la Disposición Adicional Primera de la Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, que confirió al artículo 763.1 rango de Ley orgánica.

Al igual que el Código civil reguló originariamente esta institución en sede de persona y capacidad, algunos derechos autonómicos han regulado el internamiento en sus Códigos civiles. Así el Código del Derecho Foral de Aragón, en su artículo 36, establece que «para internar a una persona contra su voluntad en un establecimiento de salud mental o de educación o formación especial o en un centro residencial que comporte privación de libertad, se necesita autorización judicial. Nadie podrá ser obligado a permanecer internado, salvo si media autorización judicial en tal sentido». De forma más detallada y completa, el Código civil de Cataluña, bajo la rúbrica *la autonomía de la persona en el ámbito de la salud*, trata, en tres secciones, los tratamientos médicos, los internamientos y las decisiones sobre el propio cuerpo. A los internamientos reserva tres preceptos:

#### Artículo 212-4. Internamiento

El internamiento en un establecimiento especializado de una persona por razón de trastornos psíquicos o enfermedades que puedan afectar a su capacidad cognitiva requiere la autorización judicial previa si su situación no le permite decidir por sí misma, cualquiera que sea su edad.

**Artículo 212-5. Internamiento urgente**

1. No es precisa la autorización judicial previa si se produce una causa de urgencia médica que requiera el internamiento sin dilación. Esta causa debe ser constatada por un facultativo y debe fundamentarse en un riesgo inmediato y grave para la salud del enfermo o para la integridad física o psíquica del enfermo o de otras personas.
2. El director del establecimiento donde se haga el internamiento debe comunicarlo a la autoridad judicial del lugar donde se halle el establecimiento en el plazo de veinticuatro horas.
3. La autoridad judicial debe ratificar o dejar sin efecto el internamiento, de acuerdo con la legislación procesal, en el plazo de setenta y dos horas desde que recibe la comunicación.
4. La autoridad judicial, en la resolución en que ratifica el internamiento, debe hacer constar el plazo, que no puede exceder de dos meses, en que el director del establecimiento debe informar periódicamente sobre la situación de la persona internada, a fin de revisar la necesidad de la medida. A petición del director del establecimiento, la autoridad judicial puede acordar, dada la situación de la persona internada, que los informes sucesivos se emitan en intervalos superiores, que no pueden exceder de seis meses.

**Artículo 212-6. Cambio de circunstancias en el internamiento voluntario.**

Si una persona que consintió su propio internamiento por razón de trastorno psíquico ya no está en condiciones de decidir su continuación porque las circunstancias clínicas o el riesgo asociado al trastorno han cambiado de forma significativa, el director del establecimiento debe comunicarlo a la autoridad judicial para que, si procede, ratifique su continuación, de acuerdo con lo establecido por el artículo 212-5.3.

Con respecto a las dudas que pudieran surgir acerca del control judicial de los internamientos asistenciales, la ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia, recoge en el catálogo de derechos de las personas en situación de dependencia, entre otros, el derecho a decidir libremente sobre el ingreso en centro residencial (art.4.2.g.) y el derecho a ejercitar plenamente sus derechos jurisdiccionales en el caso de internamientos involuntarios, *garantizándose un proceso contradictorio* (art. 4.2.h.).

**4.5.3. La doctrina constitucional en torno a las garantías en el internamiento**

Este panorama legal debe ser completado con la doctrina constitucional contenida en los distintos pronunciamientos del Tribunal Constitucional en la materia. En particular, resulta de especial interés, la STC 141/2012, de 2 de julio que refuerza las garantías recogidas en la ley y delimita rigurosamente su contenido a la luz de las obligaciones jurídico-internacionales del Estado español y de la jurisprudencia del TEDH en materia de internamiento urgente.

En este sentido, este Tribunal,

(..) tiene asentada doctrina referente a la conformidad de la medida de internamiento involuntario, desde la perspectiva del derecho fundamental del art. 17.1 CE, cuando es acordada directamente por la autoridad judicial bien como medida cautelar de un proceso ya iniciado, bien como medida definitiva impuesta en Sentencia. En concreto, tenemos declarado que dicha situación personal comporta para el afectado una privación de su libertad personal que «ha de respetar las garantías que la protección del referido derecho fundamental exige, interpretadas de conformidad con los tratados y acuerdos internacionales sobre esta materia ratificados



por España (art. 10 C.E.) y, en concreto, con el Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales... la legalidad del internamiento de un enajenado, prevista expresamente en el art. 5.1 e) del Convenio, ha de cumplir tres condiciones mínimas, según ha declarado el Tribunal Europeo de Derechos Humanos al interpretar dicho artículo en su Sentencia de 24 de octubre de 1979 (caso Winterwerp). Estas condiciones son: a) haberse probado de manera convincente la enajenación mental del interesado, es decir, haberse demostrado ante la autoridad competente, por medio de un dictamen pericial médico objetivo, la existencia de una perturbación mental real; b) que ésta revista un carácter o amplitud que legitime el internamiento; y c) dado que los motivos que originariamente justificaron esta decisión pueden dejar de existir, es preciso averiguar si tal perturbación persiste y en consecuencia debe continuar el internamiento en interés de la seguridad de los demás ciudadanos, es decir, no puede prolongarse válidamente el internamiento cuando no subsista el trastorno mental que dio origen al mismo». [SSTC 112/1988, de 8 de junio, FJ 3 y 24/1993 de 21 de enero, FJ 4, respecto del internamiento como medida de seguridad (penal); STC 104/1990, de 4 de junio, FJ 2, para internamiento decretado tras Sentencia civil de incapacitación; y STC 129/1999, de 1 de julio, FJ 3, resolviendo cuestión de inconstitucionalidad sobre el párrafo segundo del art. 211 del Código civil, regulador entonces del internamiento cautelar en el orden civil].

En relación con el internamiento de urgencia, el legislador permite excepcionalmente y por «razones de urgencia que hicieren necesaria la inmediata adopción de la medida», que el responsable de un centro médico pueda ordenar el internamiento de una persona por razón de trastorno psíquico, con la obligación de comunicarlo al órgano judicial competente, a la sazón el Juzgado de Primera Instancia del lugar en que radique el centro, para que provea a la ratificación o no de la medida, previa realización de las diligencias determinantes a este fin:

a. Se configura como presupuesto objetivo de la medida la existencia en la persona de un trastorno psíquico, al que viene a sumarse la circunstancia de la «urgencia» o necesidad inmediata de la intervención médica para su protección. El significado de lo que ha de entenderse por trastorno psíquico, transitorio o permanente, en línea con lo dispuesto en instrumentos internacionales, remite a los conocimientos propios de la ciencia médica; sin que en ningún caso puedan considerarse como expresión de trastorno o enfermedad mental la discrepancia del afectado con los valores sociales, culturales, políticos o religiosos imperantes en la comunidad. Se consideran asimismo incluidas las deficiencias y enfermedades seniles de involución mental asociadas a la tercera edad (STC 34/2016).

b. La procedencia de la medida y su completa duración, deben satisfacer en cada caso concreto los requisitos de necesidad y proporcionalidad.

A continuación, el TC delimita las garantías que han de rodear la decisión sobre la privación de libertad personal, distinguiendo:

#### **A. Fase extrajudicial del internamiento urgente: su validez viene determinada por el cumplimiento de cuatro exigencias básicas:**

- a. **Existencia de un informe médico que acredite el trastorno psíquico justificante del internamiento inmediato:** «si bien el responsable del centro médico está facultado para tomar ab initio la decisión de internar a la persona, es evidente que esto se condiciona al hecho de que consten acreditadas en ese momento y tras su reconocimiento, la necesidad y proporcionalidad de la medida, de la que ha de informarse al interesado hasta donde le sea comprensible, debiendo quedar plasmado por escrito el juicio médico para su posterior control por la autoridad judicial».

- b. Información al afectado o su representante acerca del internamiento y sus causas:** nadie puede ser privado de libertad sin conocer los motivos que lo determinan, como proclama el art. 17.3 CE para la detención.
- c. Obligación del centro de comunicar al Juez competente el internamiento y los motivos que lo justificaron, en el plazo de 24 horas:** plazo que el legislador actual o futuro no podría elevar en ningún caso más allá de las setenta y dos horas, al resultar vinculante en este ámbito privativo de libertad la limitación que fija el art. 17.2 CE para las detenciones extrajudiciales, el cual, como tenemos declarado, no opera con carácter exclusivo en el orden penal (SSTC 341/1993, de 18 de noviembre, FJ 6; 179/2000, de 26 de junio, FJ 2; y 53/2002, de 27 de febrero, FJ 6). «Se trata, en todo caso, no de un plazo fijo sino máximo, que por ende no tiene que agotarse necesariamente en el supuesto concreto ni cabe agotarlo discrecionalmente. De este modo, la comunicación al Tribunal habrá de efectuarla el director del centro en cuanto se disponga del diagnóstico que justifique el internamiento, sin más demora, siendo que las veinticuatro horas empiezan a contar desde el momento en que se produce materialmente el ingreso del afectado en el interior del recinto y contra su voluntad. Precisión esta última importante, en aquellos casos en los que la persona ha podido acceder inicialmente al tratamiento de manera voluntaria y en algún momento posterior exterioriza su cambio de criterio, siendo en ese preciso momento cuando, tornándose en involuntario, se precisará la concurrencia de los requisitos del art. 763.1 LEC para poder mantener el internamiento, empezando simultáneamente a correr el

cómputo de las 24 horas para comunicarlo al órgano judicial. En todas aquellas situaciones donde el centro médico responsable incurra en exceso del plazo legal de las veinticuatro horas, la tutela judicial del afectado podrá ser recabada mediante el procedimiento de habeas corpus por su representante o familiares, aplicable también a este ámbito del internamiento ex art. 1 b) de la Ley Orgánica 6/1984, de 24 de mayo ("Las [personas] que estén ilícitamente internadas en cualquier establecimiento o lugar")».

- d. Control posterior sobre el centro:** el TC señala, asimismo, que «desde que tiene lugar la comunicación antedicha ha de considerarse que la persona pasa a efectos legales a disposición del órgano judicial, sin que ello exija su traslado a presencia física del Juez, como hemos tenido ocasión de precisar en el ámbito de las detenciones judiciales (SSTC 21/1997, de 10 de febrero, FJ 4; y 180/2011, de 21 de noviembre, FJ 5). Traslado que además tratándose de internamiento psiquiátrico contradiría la necesidad misma de la medida, de allí que lo normal es que el examen judicial directo del afectado se realice en el propio establecimiento hospitalario. En todo caso, el director de este último sigue siendo responsable de la vida e integridad física y psíquica del interno mientras no acuerde el alta, bien por orden judicial o porque a criterio de los facultativos encargados se aprecie que han desaparecido o mitigado suficientemente las causas que motivaban el internamiento; incluso cuando tal ratificación judicial ya se hubiere producido».

- B. Fase de control judicial del internamiento urgente:** según el TC el juicio de ratificación «comprende desde luego la consideración

del estado mental del interno a la fecha en que tienen lugar las pruebas judiciales sobre su persona, pero también la procedencia del internamiento cuando se adoptó por el responsable sanitario, esto es, la revisión de lo actuado por éste: primero porque el Juez, que es quien garantiza la tutela judicial efectiva (art. 24.1 CE), independiente (art. 117.1 CE) e imparcial (art. 24.2 CE) de los derechos del interno, debe determinar si la medida estuvo justificada en su origen, pues lo contrario llevaría a convertir la fase extrajudicial previa en un limbo sin derechos para el afectado. Pero segundo, porque si aparecen dudas fundadas acerca de la no necesidad de la medida en aquel primer instante y, sin embargo, sí parece justificarse a posteriori con el resultado de las pruebas judiciales, deberá dilucidar el Tribunal si ello se debe a la implementación —o no— de un tratamiento inadecuado para el paciente, lo que dejando al margen otras consecuencias legales, podría ser justo motivo para no ratificarla».

Las garantías propias de esta fase del procedimiento son, a juicio del TC, las siguientes:

- a. **El Juez ha de informar al interno o a su representante acerca de su situación material y procesal**, lo que implica a su vez el derecho del afectado (o su representante en su nombre) a ser oído personalmente dentro del procedimiento. Además y conforme recoge expresamente el art. 763.3 LEC, el privado de libertad también será informado de su derecho a contar con Abogado y Procurador en este trámite y de su derecho a la práctica de pruebas.
- b. En el plano probatorio, además de efectuar **el examen directo del interno en el centro, el Juez proveerá a la práctica**

**del reconocimiento pericial por un médico designado por él.**

- c. **El límite temporal del que dispone el Juez para resolver**, inédito hasta la aprobación de la LEC 1/2000. «La base constitucional de dicho plazo, al tratarse de una privación de libertad judicial, no reside en el art. 17.2 CE, sino el art. 17.1 CE, como tenemos ya dicho (SSTC 37/1996, de 11 de marzo, FJ 4; 180/2011, de 21 de noviembre, FJ 2). El plazo ha de considerarse improrrogable, tal como hemos reconocido con otros plazos de detención judicial que desarrollan el art. 17.1 CE (SSTC 37/1996, de 11 de marzo, FJ 4 B); y 180/2011 de 21 de noviembre, FFJJ 5 y 6). Por tanto no puede mantenerse el confinamiento de la persona si a su expiración no se ha ratificado la medida, ni cabe aducir dificultades logísticas o excesiva carga de trabajo del órgano judicial para justificar su demora, ni puede considerarse convalidado el incumplimiento porque más tarde se dicte el Auto y éste resulte confirmatorio. Vencido el plazo no desaparece la facultad del Juez para ordenar el internamiento, pero si éste se adopta deberá serlo estando el afectado en libertad, sin perjuicio de que tras esa ratificación deba ejecutarse la orden judicial con todos sus efectos. Otra interpretación llevaría a vaciar de contenido el límite previsto, confundiría lo que es una dilación procesal indebida con la lesión injustificada del derecho a la libertad e introduciría un abanico indefinido de flexibilidad, a todas luces peligroso e inconveniente».

Como consecuencia, la superación del plazo de las setenta y dos horas conllevará la vulneración del derecho fundamental del art. 17.1 CE.

Tras esta sentencia, el TC ha tenido más ocasiones de pronunciarse sobre el proceso de internamiento involuntario y, en todos ellos, mantiene un alto nivel de exigencia en torno al cumplimiento de las garantías del procedimiento, así lo hace respecto **del cómputo del plazo, identificación del director del establecimiento como único titular de la obligación de notificar a la autoridad judicial**, ineludible exigencia de contar con un **dictamen médico especializado** y garantía del derecho de **representación y defensa de la persona internada** (SSTC 182/2015, de 7 de septiembre, 13/2016, de 29 de febrero y 50/2016, de 14 de marzo).<sup>164</sup>

En último término, no conviene olvidar que el internamiento involuntario constituye una forma civil de privación de libertad y, por tanto, restricción de un derecho fundamental; ello implica que, en su adopción, resulta de aplicación la doctrina consolidada del TC en relación con la limitación de los derechos fundamentales que requiere de la superación del juicio de proporcionalidad, y, por ello, el cumplimiento de los criterios de necesidad, idoneidad y proporcionalidad en sentido estricto. Tal limitación debe tener una justificación objetiva y razonable, debe perseguir una finalidad legítima; ser apropiada para conseguir aquel fin perseguido; ser la menos gravosa de las disponibles implicando la menor afectación del derecho fundamental de que se trate y debe ser proporcional, de suerte que sean más las ventajas que los sacrificios.

#### 4.5.4. Algunas consideraciones a propósito del internamiento involuntario en España

Una vez descrito el marco legal y su interpretación por parte del Tribunal Constitucional, conviene ahora hacer una exposición sucinta de algunas cuestiones que pueden resultar de interés.

En una primera aproximación puede afirmarse que nuestra regulación presenta **algunas similitudes** con los países de nuestro entorno; en este sentido, podemos identificar:

- a. La existencia de un procedimiento ordinario con control judicial *ab initio* y un procedimiento de urgencia con control judicial posterior (ratificación o no de la medida adoptada por el Director del establecimiento), fórmula elegida por Bélgica, Portugal, Alemania, Austria...
- b. Establecimiento de férreas garantías en términos de convencionalidad (art.5 CEDH).
- c. Seguimiento y control judicial del internamiento: informes de los responsables acerca de la necesidad de mantener la medida con frecuencia, al menos semestral. En Cataluña, cada dos meses y como máximo cada seis.
- d. No se configura como medida excepcional, ultima ratio.

164. También en SSTC 34/2016, de 29 de febrero y 132/2016, de 18 de julio, el TC ha sostenido la improcedencia de la aplicación del internamiento de urgencia en el caso de personas mayores con discapacidad cognitiva que ya se encontraban internadas en centros geriátricos; faltaría el presupuesto necesario para desencadenar este procedimiento, la urgencia, y concluye que, en ningún caso, puede servir la ratificación judicial para regularizar situaciones lesivas de un derecho fundamental (como las STCs 34/2016 de 29 de febrero y 132/2016 de 18 de julio). A este respecto puede consultarse la Circular 2 /2017, sobre el ingreso no voluntario urgente por razón de trastorno psíquico en centros residenciales para personas mayores de la Fiscalía General del Estado.

e. El peso de la decisión radica en el dictamen médico, cuando es mayoritariamente admitido que los criterios para proceder a un internamiento involuntario no solo dependen del cuadro psicopatológico de cada paciente, sino también de la situación socio familiar y del contexto en que se produzca el trastorno y ello exige la evaluación de ese conjunto de factores caso por caso.<sup>165</sup>

También se observan importantes diferencias, en particular, la inexistencia de criterios legales que justifiquen el internamiento, tales como la indicación terapéutica, el riesgo para la integridad física de la persona o de los terceros o la peligrosidad, manejados en las legislaciones de nuestro entorno<sup>166</sup> y que hoy se cuestionan.<sup>167</sup> Naturalmente, en la práctica, son estos criterios los que justifican los internamientos en sus dos modalidades ordinaria y urgente.<sup>168</sup> Se apuntan como criterios que justifican el internamiento involuntario los siguientes:<sup>169</sup>

- El pensamiento y la conducta del paciente plantean una amenaza para el mismo y /o para los demás.

- El pensamiento y la conducta del paciente es intolerable para el entorno.
- El tratamiento ambulatorio ha fracasado.
- El paciente presenta una patología psiquiátrica cuyo tratamiento requiere ingreso hospitalario.
- La separación del entorno es esencial para el éxito del tratamiento
- La hospitalización está indicada para una evaluación diagnóstica que no es posible en régimen ambulatorio.

En todo caso, debe insistirse en que en el derecho español, el fundamento del procedimiento reside en la existencia de un trastorno psíquico *que impide a la persona decirlo por sí misma* y, al tratarse de la afectación de un derecho fundamental, la garantía de la intervención judicial se revela inexcusable en un Estado democrático. Al vincular la existencia de un trastorno psíquico al internamiento y hacer referencias a establecimientos de salud mental, de educación o formación especial (art.763 Lec y 271 Cc) y

165. Vid. DELGADO BUENO, S., Internamiento involuntario y del tratamiento ambulatorio involuntario. Una revisión actual» en *Tratado de Derecho Sanitario*, I, Thomson Reuters, 2013, p. 950.

166. En el Código civil catalán, para los internamientos urgentes, se exige la acreditación de un riesgo inmediato y grave para la salud del enfermo o para la integridad física o psíquica del enfermo o de otras personas (art. 212-5.1 CCC).

167. Vid. una síntesis en la *Demande d'avis consultatif au titre de l'article 29 de la Convention pour la protection des droits de l'homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine : Convention sur les droits de l'homme et la biomedicine*, TEDH, Décision, Grande Chambre, 15 de septembre 2021.

168. En un estudio llevado a cabo por DELGADO BUENO/RUIZ DE LA CUESTA, 1999, (Vid. Vid. DELGADO BUENO, S., Internamiento involuntario y del tratamiento ambulatorio involuntario. Una revisión actual» en *Tratado de Derecho Sanitario*, I, Thomson Reuters, 2013, p.952), las causas más frecuentes del internamiento involuntario por orden de importancia fueron: Reagudización psicótica de esquizofrenia paranoide, descompensación psicótica secundaria a abandono de tratamiento, brote psicótico, cuadro maniaco, ideas delirantes, conducta autolítica, trastorno depresivo mayor, alucinaciones, trastorno delirante alucinatorio inducido por drogas, Abandono social.

169. Vid. DELGADO BUENO, S., Internamiento involuntario y del tratamiento ambulatorio involuntario. Una revisión actual» en *Tratado de Derecho Sanitario*, I, Thomson Reuters, 2013, p. 950.

asistenciales (art.4.2.h) ley dependencia), puede concluirse que, bajo el ámbito del artículo 763 Lec, caen todas las privaciones de libertad que sufren quienes no pueden decidir por sí mismos los ingresos decididos en atención a criterios terapéuticos y asistenciales, aplicándose el internamiento de urgencia únicamente en el primer caso (SSTC 34/2016, de 29 de febrero y 132/2016, de 18 de julio).

La aplicación práctica de esta medida que, en principio, debiera ser adoptada excepcionalmente, y sólo ante la ineficacia de otras medidas menos invasivas, está muy extendida y se erige en medida ordinaria en los tratamientos de salud mental.<sup>170</sup> La frecuente utilización de esta medida, cuya bondad no se cuestiona pues parece avalada por la intervención judicial.<sup>171</sup> Las garantías del debido proceso y el bienestar de la persona, conduce, en la práctica, a una relajación de los requisitos recogidos en el art. 763 Lec, tales como ausencia de representación y defensa en los expedientes de ingreso; el control periódico se produce en los plazos máximos indicados y los informes recibidos son reiterativos y estereotipados; no se cumple con el trámite de audiencia de las personas del entorno, tan oportuno en estos casos (red de apoyo comunitario, apoyos informales...); falta de adecuación del establecimiento para el tratamiento de la persona...

En último término, pero no por ello menos preocupante, es importante destacar que en el sistema español el internamiento involuntario, autorizado por el juez y con todas las garantías del debido proceso, parece convalidar otro tipo de prácticas que vulneran, sin duda alguna, derechos fundamentales de los internados, tales como tratamientos médicos involuntarios, el aislamiento, el uso de contenciones físicas o químicas, restricciones en salidas, visitas, correspondencia o llamadas, sin que existan mecanismos de control de la adopción y aplicación de tales medidas.<sup>172</sup>

#### 4.5.5. La opinión del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en sus observaciones finales a España

El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en sus Observaciones finales sobre el informe inicial presentado por España en 2011<sup>173</sup> manifestó, en relación con el artículo 14, lo siguiente:

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» y muestra su preocupación por que «se tienda a recurrir a medidas urgentes de internamiento que contienen solo salvaguardias ex post facto

170. CERMI, *Derechos Humanos y Discapacidad*, Informe España 2010, disponible en <https://cermi.es/colecciones/coleccion-convencion-onu/238>.

171. Esta intervención judicial, en ocasiones, parece un tanto rutinaria y mecánica, y así lo puso de relieve el Real Patronato sobre Discapacidad, *Propuesta articulada de reforma del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil para su adecuación al artículo 12 de la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad*, 2013, disponible en <https://www.notariosyregistradores.com/AULASOCIAL/2013-reforma-aequitas.htm>.

172. Vid. NOGUERO ALEGRE, A.-PEREGALLI POLITI, S., «Alternativas a los internamientos en salud mental: hospitalización domiciliaria desde la perspectiva española y anglosajona», *Revista de Bioética y Derecho*, 2021, págs. 50-53.

173. Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, CRPD/C/ESP/CO/1.

para las personas afectadas» y por los «malos tratos de que, según se informa, son objeto las personas con discapacidad internadas en centros residenciales o en hospitales psiquiátricos». En este sentido, el Comité recomienda a España «que revise sus disposiciones legislativas que autorizan la privación de libertad por motivos de discapacidad, incluidas las discapacidades mentales, psicológicas o intelectuales; 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».

En sus Observaciones Finales al segundo y tercer informe presentado por España (2019), el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad reiteró su preocupación por que el «artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil siga permitiendo que las personas con discapacidad psicosocial o intelectual sean objeto de internamiento no voluntario en instituciones en las que pueden resultar privadas de su libertad y ser sometidas a tratamiento médico forzado y medidas de contención mecánica» y recomendó de nuevo la «revisión o derogación de todas las disposiciones legislativas, incluido el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, para prohibir el internamiento y el tratamiento forzados por motivos de discapacidad y garantizar que las disposiciones relativas a la salud mental tengan un enfoque basado en los derechos humanos».<sup>174</sup>

Asimismo, el Comité mostró su inquietud porque «el escaso conocimiento por los profesionales de la salud de las obligaciones que dimanar de la Convención lleve a que el internamiento forzado y la contención por medios mecánicos se

justifiquen erróneamente como medidas terapéuticas», recomendando la impartición a los profesionales del sector de la salud mental de cursos de sensibilización y capacitación sobre los derechos de las personas con discapacidad y las obligaciones dimanantes de la Convención, elaborados en consulta con las organizaciones de personas con discapacidad».

En relación con la aplicación del art. 15 de la CDPD el Comité también señala que el artículo 9 de la Ley de Autonomía del Paciente y el artículo 763 Lec permiten el empleo de medios de contención física, mecánica y farmacológica, en particular la medicación forzada, la sobremedicación, la terapia electro-convulsiva y otros tratamientos o el internamiento sin el consentimiento libre e informado de la persona y denuncia la falta de garantías en el consentimiento informado, el riesgo de que las personas internadas en instituciones, particularmente las personas con discapacidad intelectual, sufran malos tratos y vejaciones y la inexistencia en España de un mecanismo independiente de derechos humanos para supervisar los establecimientos de salud mental. En este punto, el Comité recomienda que se elimine el uso de medidas de contención relacionadas con la discapacidad en todos los entornos; se asegure que se obtiene el consentimiento libre e informado de la persona interesada en todos los procedimientos y todas las etapas del sistema de salud mental; se tomen medidas inmediatas para que dejen de infligirse tratos crueles, inhumanos o degradantes a las personas con discapacidad; y que, con la participación activa y en igualdad de condiciones de las organizaciones de personas con discapacidad psicosocial, cree un mecanismo independiente basado en los derechos humanos que supervise los centros y servicios de salud mental de todas las comunidades autónomas.

174. CRPD/C/ESP/CO/2-3, párrs. 26 y 27.

Por lo que respecta al cumplimiento del art. 16 el Comité manifiesta, asimismo, su preocupación por las situaciones de violencia y abuso en instituciones, en particular en relación con las mujeres con discapacidad psicosocial y discapacidad intelectual, la falta de datos y la ausencia de estrategias de prevención y detección de casos de violencia de género en los centros de salud mental.<sup>175</sup>

#### 4.5.6. Algunas propuestas de reforma del internamiento involuntario

Desde su promulgación en el año 2000 se han sucedido algunas propuestas que, con distinto alcance, han perseguido la mera adaptación o la completa reforma de una regulación a todas luces deficiente e insuficiente.

En orden cronológico puede citarse, en primer lugar, una proposición de ley del Grupo Parlamentario Catalán,<sup>176</sup> a instancias de FEAFES, que pretendía la incorporación del tratamiento médico involuntario en un quinto párrafo del artículo 763 Lec y que no prosperó por las discrepancias que en torno a su bondad mantenían las sociedades científicas de psiquiatría. El contenido era el siguiente:

Podrá también el Tribunal autorizar un tratamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico o un periodo de observación para diagnóstico, cuando así lo requiera la salud del enfermo, previa propuesta razonada del especialista, audiencia del interesado, informe del forense y Ministerio Fiscal.

En la Resolución que se dicte deberá establecerse el plan de tratamiento, sus mecanismos de control y el dispositivo sanitario responsable del mismo que deberá informar al juez, al menos cada tres meses, de su evolución y seguimiento, así como sobre la necesidad de continuar, modificar o cesar el tratamiento. El plazo máximo de duración de esta medida será dieciocho meses.

En el año 2010, se propone desde el Ministerio Fiscal introducir algunas mejoras en el texto, tales como la sustitución del término internamiento por «ingreso», la inclusión expresa del control judicial de los ingresos residenciales, la necesidad de autorización judicial para la aplicación de medidas restrictivas de derechos, como medidas de contención u otros tratamientos médicos invasivos, el reforzamiento de las garantías procesales o el desarrollo de pautas de inspección por parte de la Fiscalía.<sup>177</sup>

En 2012, el Grupo de «Ética y Legislación» de la Asociación Española de Neuropsiquiatría propone que la regulación contenida en el art. 763 Lec se traslade a la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del Paciente (LBAP) proponiendo algunas mejoras en su contenido que inciden especialmente, de nuevo, en la inclusión de salvaguardas para la aplicación de medidas especialmente restrictivas de derechos, tales las como las contenciones y aislamientos, considerándose que tales medidas deberán ser especialmente indicadas y motivadas, dejándose constancia en el historial, y ser sometidas a control judicial, que será previo cuando las circunstancias lo permitan o

175. CRPD/C/ESP/CO/2-3, párrs. 31 y 32.

176. Proposición de Ley CiU n.º expediente 122/000085.

177. Vid. ampliamente, GANZENMULLER ROIG, C. y otros, Manual de buenas prácticas de los servicios especializados del Ministerio Fiscal en la protección las personas con discapacidad y apoyos en la aplicación de la Convención de Nueva York sobre las personas con discapacidad, Cuadernos prácticos de la Convención de Nueva York de 13 de diciembre de 2006», Fundación Aequitas, 2010, disponible en <https://www.icab.es/export/sites/icab/.galleries/documents-noticies/Manual-Ministerio-Fiscal-Proteccion-Personas-Discapacidad-2010.pdf>



bien se realizará a posteriori comunicándose al juez la intervención en cuestión con la mayor brevedad posible.<sup>178</sup>

En 2013 el Real Patronato sobre Discapacidad también presentó una propuesta de reforma de la legislación civil para su adaptación a la CDPD que recogía la derogación del art. 763 Lec como forma civil específica de privación de la libertad de las personas con discapacidad. También esta propuesta considera, en la línea antes apuntada, que la actual legislación sanitaria ofrecería un marco adecuado para abordar de manera normalizada y de acuerdo con el principio básico de respeto a la autonomía del paciente los ingresos sin consentimiento (al igual que otros tratamientos hospitalarios y domiciliarios) por razones de protección de la salud pública o personal (incluida la protección de la salud mental).<sup>179</sup>

En la misma línea el Comité de Bioética de España en su informe sobre la necesidad de adaptar la legislación española a la CDPD (2017) defiende que debería procederse a la derogación del art. 763 Lec y remitir la regulación a la legislación sanitaria general.<sup>180</sup> En este sentido se afirma que la LBAP contiene previsiones suficientes para dar respuesta a esta problemática:

- Se establece como regla general la exigencia de consentimiento del paciente para

cualquier actuación en el ámbito de su salud (artículo 8.1).

- Se contempla la posibilidad de que se lleven a cabo intervenciones clínicas indispensables sin contar con el consentimiento de la persona afectada «cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él» (artículo 9.2.b).
- Se prevé, asimismo, la posibilidad del consentimiento por representación «cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación» (artículo 9.3.b). Además, se advierte que en relación con el consentimiento por representación los apartados 4 y 5 del precepto añaden que «la decisión deberá adoptarse atendiendo siempre al mayor beneficio para la vida o salud del paciente» y que «la prestación del consentimiento por representación será adecuada a las circunstancias y proporcionada a las necesidades que haya que atender... El paciente participará en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario.

178. 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 N.º 132/2010 de 2 de diciembre, Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.; 32 (114), 2012, 429-434.

179. Cfr. Real Patronato sobre Discapacidad, Propuesta articulada de reforma del Código Civil, cit. Comparten la posición del Real Patronato: CERMI, entre otros, en sus informes *Derechos Humanos y Discapacidad. Informe España 2010 y 2012*, ya citados, y también el Instituto de Derechos Humanos Bartolomé de las Casas (2012), *Capacidad jurídica y discapacidad*, Informe Consolider-Ingenio 2010, n.º 23, disponible en <http://e-archivo.uc3m.es/handle/10016/14183?locale-attribute=en>

180. Cfr. *Informe del Comité de Bioética de España sobre la necesidad de adaptar la legislación española a la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad*, 2017, pp. 16 y ss., disponible en [http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/es/informe\\_final\\_CDPD.pdf](http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/es/informe_final_CDPD.pdf)

Si el paciente es una persona con discapacidad, se le ofrecerán las medidas de apoyo pertinentes, incluida la información en formatos adecuados, siguiendo las reglas marcadas por el principio del diseño para todos de manera que resulten accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad, para favorecer que pueda prestar por sí su consentimiento».

Así, se entiende que, a luz de esta normativa, caben intervenciones clínicas no consentidas por la persona afectada, que pueden incluir el internamiento, bien porque sean indispensables para evitar un riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica, bien porque el paciente no sea en ese momento capaz de tomar decisiones o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación, y el consentimiento sea entonces prestado por representación (por su representante legal o las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho) y se considera que esta misma regulación debería aplicarse a las situaciones de salud mental.

En todo caso, se señala que si se deroga el artículo 763 Lec, para evitar que esta modificación legal suponga una pérdida de garantías, tendría a la vez que reformarse el artículo 9 de la LBAP (que deberá tener rango de Ley Orgánica) para incorporar las garantías que hoy reviste la medida de internamiento no voluntario: concretamente la exigencia de autorización judicial, al menos para los internamientos que superen un determinado plazo, o que no tengan como finalidad la simple realización de una intervención o tratamiento puntual y temporalmente

acotado.<sup>181</sup> Se indica en este informe que la autorización judicial sería necesaria para cualquier internamiento no voluntario por razones de salud, propia o de terceros, abarcando otros supuestos como, por ejemplo, el internamiento obligatorio de pacientes con enfermedades infecto-contagiosas cuando exista peligro para la salud pública.

Por su parte, en el informe sobre el borrador del Protocolo del Convenio de Oviedo el Comité de Bioética de España apunta otra opción para adaptar la regulación del internamiento involuntario a la Convención, eliminado el sesgo discriminatorio contenido en el art. 763 Lec y convirtiendo este precepto en una norma de aplicación general a todas las personas en las que concurren determinadas circunstancias.<sup>182</sup> En esta línea, algunas propuestas han señalado que podría optarse por la aprobación de una Ley general de intervenciones médicas no consentidas que regulase con detalle todas las situaciones, aplicable a las personas con y sin discapacidad.

En último término, cabe mencionar también la adopción del denominado *Manifiesto de Cartagena, Por unos servicios de salud mental respetuosos con los derechos humanos y libres de coerción*, presentado por la Asociación Española de Neuropsiquiatría, la Federación en Primera Persona, Veus y la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA, que considera necesario avanzar en la toma de conciencia sobre el hecho de que prácticas coercitivas como el uso de sujeciones o contenciones, aislamiento y otras formas de coacción no garantizan los derechos de las personas afectadas y trabajar para su eliminación y

181. MARTÍNEZ-PUJALTE, A. L., «Derechos en conflicto, conflicto de derechos: principales fricciones entre la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la legislación nacional española», en PÉREZ BUENO, L.C. y DE LORENZO, R., (dirs.), *La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad: una década de vigencia*, Madrid, CINCA, 2016, pp. 167-176.

182. Informe del Comité de Bioética de España valorando el borrador de Protocolo Adicional al Convenio de Oviedo sobre Derechos Humanos y Biomedicina, p. 37.

para la erradicación de las deficiencias asistenciales que las hacen posibles.<sup>183</sup>

#### 4.5.7. Valoración crítica del internamiento involuntario en el Derecho español: su incompatibilidad con los postulados de la CDPD

El internamiento no voluntario se plantea en la legislación española como una forma especial de privación de la libertad por razón de discapacidad que asume, además, el denominado enfoque de estatus al aludir directamente al «trastorno psíquico» como condición de adopción de la medida. De esta forma, este precepto choca de manera directa con la interpretación que el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ha hecho del derecho a la libertad de las personas con discapacidad y también con otros derechos reconocidos en su articulado.

En efecto, la actual regulación del internamiento no voluntario instituye una discriminación por motivos de discapacidad al establecer un supuesto específico de privación de la libertad aplicable exclusivamente a las personas con cierto tipo de discapacidades en unas condiciones que resultan perjudiciales en relación con el tratamiento que recibe el resto de la ciudadanía (vulnerándose el art. 5 CDPD); supone la sustitución de la persona en la toma de decisiones sin que se prevea, además, la prestación de apoyos (violándose el art. 12 CDPD); a través de un proceso que, si bien está fijado en la ley y contempla algunas garantías, no asegura la efectiva participación efectiva de la persona afectada al no incluirse, por ejemplo, medidas de accesibilidad y los ajustes procedimentales

necesarios (en contraposición con las exigencias del art. 13 CDPD). Además, su aplicación práctica da lugar a la vulneración de otros derechos reconocidos en la CDPD. En particular los tratamientos médicos involuntarios rutinariamente aplicados en los internamientos forzados no respetan el derecho de las personas con discapacidad al consentimiento libre e informado (art. 25) y afectan a su derecho a la integridad física y mental (art. 17); algunos tratamientos médicos involuntarios especialmente invasivos y otras intervenciones coercitivas pueden implicar tratos inhumanos, degradantes o incluso tortura (art. 15) y no existen suficientes mecanismos para evitar prácticas abusivas (art. 16). Finalmente, el sistema español no dispone de los recursos sociosanitarios para hacer realidad el derecho a la vida independiente y a ser incluido en la comunidad (art. 19) capaces de evitar situaciones de desatención que aboquen a las personas con discapacidad a la institucionalización forzosa.

A la vista de todo ello, resulta palmaria la necesidad de revisar la legislación española en materia de internamiento no voluntario.

## 4.6. Salud mental, internamientos y tratamientos en las legislaciones autonómicas

### 4.6.1. Introducción

Como regla general, atendiendo a la normativa de las Comunidades Autónomas (CC. AA.), las personas en situación de especial vulnerabilidad tienen derecho a **programas de salud pública y de servicios sociales específicos o**

183. Disponible en <https://aen.es/manifiesto-en-torno-a-la-coercion-en-los-servicios-de-salud-mental//>

Vid. También sobre esta cuestión el Informe del Comité de Bioética de España, Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario, 2016, <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20Contenciones-CBE.pdf>

**adaptados a sus necesidades.** En este sentido se impulsan programas específicos de atención a las situaciones de discapacidad psicosocial.

Algunas CC. AA. poseen Leyes en materia de derechos de las personas con discapacidad. Sin embargo son muy pocas las que tiene leyes de salud mental (es significativa en este punto Cantabria). En todo caso, la regulación de la salud mental se lleva a cabo en las normas sobre servicios sociales y en las sanitarias, por eso, en términos generales, el enfoque de la regulación es **socio-sanitario**.

#### 4.6.2. Modelo de salud mental

##### 4.6.2.1. Rasgos generales

Los modelos de salud mental presentes en las CC. AA. presentan una serie de rasgos comunes. En términos generales, puede afirmarse que con la atención a la salud mental se busca «proporcionar una atención integral que responda a las necesidades básicas de autonomía y autocuidado de las personas con *enfermedades mentales* y sus familias».<sup>184</sup>

Se trata de modelos caracterizados por:

- a. Participación de los **sistemas de salud y servicios sociales**, atención integral y continuada.

- b. **Enfoque comunitario** de atención, que potencia los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización breve y parcial, así como la atención a domicilio, reduciendo al máximo posible la necesidad de hospitalización y realizando esta, cuando se requiera, en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.<sup>185</sup>

- c. **Atención integral centrada en la persona** o en la unidad de convivencia, desde un enfoque de desarrollo positivo y de efectiva participación de la misma en el proceso de atención.<sup>186</sup>

- d. Atendiendo al **estilo de vida, preferencias y creencias de la persona**, y estando orientado a garantizar el empoderamiento de la persona y su máximo nivel de bienestar, calidad de vida y autonomía.<sup>187</sup>

- e. **Participación** activa de la propia persona junto a su familia o unidad de convivencia.<sup>188</sup>

- f. Con programas **transversales, interdisciplinarios y de intervención temprana** evitando la estigmatización.<sup>189</sup>

- g. Con **unidades de salud mental integradas por profesionales** pertenecientes a

184. Art. 24,1 de la Ley 7/2019, de 29 de marzo, de Salud de Asturias.

185. Entre otros: art. 9 de la Ley 1/1996, de 14 de mayo, de Salud Mental de Cantabria; art. 24,3 de la Ley 7/2019, de 29 de marzo, de Salud de Asturias; art. 53,1 de la Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón; art. 17 de la Ley 5/2003, de 4 de abril, de Salud de las Illes Balears; art. 51 de la Ley 2/2002, de 17 de abril, de Salud de La Rioja; art. 16,b de la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid; art. 8 de la Ley 1/1996, de 14 de mayo, de Salud Mental de Cantabria.

186. Art. 45,1 de la Ley 9/2016, de 29 de diciembre, de Servicios Sociales de Andalucía, entre otros.

187. Art. 45,2 de la Ley 9/2016, de 29 de diciembre, de Servicios Sociales de Andalucía, entre otros.

188. Art. 45,3 de la Ley 9/2016, de 29 de diciembre, de Servicios Sociales de Andalucía, entre otros.

189. Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunitat Valenciana.

las disciplinas médicas, psicológicas, de enfermería y de trabajo social.<sup>190</sup>

- h. Con total **equiparación de la persona con problemas de salud mental a las demás personas que requieren servicios sanitarios y sociales**.<sup>191</sup>

#### 4.6.2.2. Principios

Entre los principios que la legislación autonómica menciona en el tratamiento de la salud mental, destacan:

- a. **Autonomía de las personas con trastornos mentales.**
- b. **Continuidad asistencial a lo largo de la vida y entre los servicios que la garantizan.**
- c. **Transversalidad y coordinación intersectorial.**
- d. **Accesibilidad.**
- e. **Orientación de los servicios hacia la recuperación, empoderamiento e inclusión social y conciencia de ciudadanía.**
- f. Reconocimiento por parte de las instituciones sanitarias de su **responsabilidad** frente a pacientes y personas usuarias, familiares y a la comunidad.
- g. **Calidad** de los servicios, que busca aumentar continuamente la probabilidad de obtener los resultados que se desean, utilizando intervenciones basadas en la evidencia científica.

- h. **Corresponsabilidad y participación** de las personas con trastornos de salud mental, de sus familias y de sus movimientos sociales organizados en la definición, despliegue y seguimiento de las estrategias públicas de salud mental.

- i. **Apoyo permanente a las familias.**

#### 4.6.2.3. Unidades y equipos

Es posible destacar en los modelos la presencia de algunas unidades y equipos:

- **Los equipos profesionales:** constituidos por trabajadores sociales, educadores sociales, psicólogos y cualquier otro personal técnico titulado que sea necesario para el normal desarrollo de las funciones, servicios y prestaciones propias de este nivel.
- Los equipos multidisciplinares **constituyen** la infraestructura básica del Modelo Comunitario de atención a la salud mental. El equipo integra, al menos, a psiquiatras, psicólogos clínicos, profesionales de enfermería y trabajo social, que, junto con otros profesionales de salud mental y el necesario apoyo administrativo y logístico, constituyen el equipo básico.
- **Comisiones de Admisión de Enfermos:** evalúan, en cada caso, la necesidad y conveniencia del ingreso del enfermo y determinarán con precisión, la modalidad legal de cada uno de los ingresos.<sup>192</sup>
- **Defensor de los Usuarios del Sistema Sanitario Público:** órgano encargado de la defensa de los derechos de aquellos, quien

190. Art. 6 de la Ley 1/1996, de 14 de mayo, de Salud Mental de Cantabria, entre otros.

191. Art. 17 de la Ley 5/2003, de 4 de abril, de Salud de las Illes Balears; Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunitat Valenciana.

192. Resolución de 18 de abril de 1990, del Servicio Andaluz de Salud, y del Instituto Andaluz de Salud Mental, sobre Atención de Urgencias, traslados e ingresos de pacientes psiquiátricos.

desempeñará sus funciones con plena autonomía e independencia.<sup>193</sup> Si de las actuaciones realizadas por el Defensor de los Usuarios del Sistema Sanitario Público, en el estudio de las reclamaciones, quejas o denuncias presentadas, se dedujeran la posibilidad de la existencia de responsabilidad administrativa, elevará la correspondiente propuesta al órgano competente en cada caso, para que se actúe de acuerdo con lo previsto en la legislación vigente, viniendo este obligado a dar cuenta al Defensor de los Usuarios del resultado de las actuaciones realizadas.<sup>194</sup>

- **Comisión de Consentimiento Informado**,<sup>195</sup> a la que corresponderán las siguientes funciones: **a**| Revisión, actualización y publicación periódica de una guía de formularios de referencia recomendados de consentimiento informado. **b**| Conocimiento de la implantación de los formularios de referencia de consentimiento informado. **c**| Prestación del asesoramiento necesario a los órganos de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales y del Servicio Gallego de Salud en las materias relacionadas con sus funciones. **d**| Valoración, selección y expurgación de la documentación clínica. **e**| Todas aquellas que le atribuyan normas de carácter legal o reglamentario.
- **Defensor del Usuario**:<sup>196</sup> órgano unipersonal encargado de la defensa de los derechos de los usuarios, quien desempeñará sus funciones con plena autonomía e independencia.

- **Comité de Ética Asistencial para Salud Mental**<sup>197</sup> que contribuya a definir protocolos de asistencia respetuosos con los intereses de los pacientes, familiares y profesionales, así como las normas de equidad ajustadas a situaciones relacionadas con los procesos ligados a la enfermedad mental.

#### 4.6.2.4. Modelos

En este punto es interesante destacar el modelo sociosanitario de Castilla-León y el sistema de apoyos de Castilla-La Mancha.

##### 4.6.2.4.1. El modelo sociosanitario de Castilla y León

El modelo sociosanitario de Castilla y León, está contemplado en el Acuerdo 66/2016, de 27 de octubre, de la Junta de Castilla y León, por el que se aprueban las directrices que ordenan el funcionamiento del **modelo integrado de atención sociosanitaria** para personas con discapacidad por enfermedad mental

El modelo presenta algunas directrices, conceptos e instituciones interesantes.

1. Toda persona derivada a una prestación o recurso social deberá contar con un **Proyecto de Vida** y un **profesional de referencia** en un plazo no superior a 3 meses desde el acceso.
2. **El Proyecto de Vida**: Consiste en la proyección individual que realiza cada persona

193. Art. 16,1 Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura.

194. Art. 18,3 Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura.

195. Art. 12 Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes de Galicia.

196. Art. 25 Ley 2/2002, de 17 de abril, de Salud de La Rioja.

197. Art. 22,4 de la Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre, de derechos y deberes de las personas en materia de salud en la Comunidad Foral de Navarra.

sobre todas las dimensiones que forman parte de su desarrollo personal y social, e incluye tanto sus metas como los apoyos informales de las personas de su entorno familiar y social, los apoyos normales existentes en su comunidad y los apoyos formales por los servicios sociales, los del sistema sanitario y los del resto de sistemas de protección públicos. Contendrá un Plan de Apoyos Integrado.

**3. El Plan de Apoyos Integrado:** es el instrumento técnico, que sobre la base del conocimiento del Proyecto de Vida de la persona, planifica y organiza los apoyos que sean precisos para que esa persona pueda vivir de acuerdo a sus valores, deseos y preferencias en relación a todos aquellos aspectos que configuran la forma personal de entender el bienestar y abordar la propia vida. Se trata de un **documento elaborado por el equipo profesional** (personal técnico y profesional de referencia), con la participación de la persona con discapacidad de forma individual o colectiva ayudada por su grupo de apoyo, que recoge la información sobre la historia de vida de la persona, sobre sus valores, preferencias, costumbres, expectativas, deseos, sobre sus capacidades y déficits, organizando en base a esa información los apoyos que la persona necesita para desarrollar su proyecto en los diferentes ámbitos de la vida. Se realizará una evaluación periódica del Plan de Apoyos Integrado y de sus resultados en cuanto a la mejora de la calidad de vida de la persona usuaria.

**4. El profesional de referencia,** quien tendrá las siguientes funciones:

**a.** Establecer con la persona usuaria una relación de apoyo, constituyendo para él una figura de referencia, para la atención, canalización y resolución de sus problemas y demandas.

**b.** Facilitar la coordinación diaria de todas las actuaciones relativas a la persona con discapacidad, la ejecución y el desarrollo de las actividades en las que participe, adecuándolas a los objetivos previstos en su Proyecto de Vida y orientándola en beneficio de su desarrollo personal y social.

**c.** Apoyar el desarrollo del Proyecto de Vida y las actuaciones concretas que integren el mismo de cada persona usuaria a él asignada, llevar a cabo el seguimiento continuado de la persona y proponer cuando proceda, las adaptaciones pertinentes en dicho Proyecto de Vida.

**d.** Servir de enlace y referencia de la familia, en su caso.

**e.** Asegurar el puntual y completo registro de las incidencias, datos y observaciones sobre la persona usuaria y su evolución, recopilar información sobre ella, incorporándola a los informes que hayan de ser elaborados sobre la evaluación y seguimiento del Proyecto de Vida, compartiendo con el resto del personal que corresponda la información disponible sobre aquella, y lo determinado sobre ella en las sucesivas reuniones del equipo de atención directa.

**f.** Cuidar de que se incorporen al expediente de la persona usuaria todos los documentos y datos que deban ser recogidos en él, garantizando su ordenación y permanente puesta al día.

**g.** Responsabilizarse del funcionamiento y dinamización del grupo de convivencia en el que, como unidad funcional básica, se integran las personas usuarias a él asignadas.

#### 4.6.2.4.2. El sistema de apoyos de Castilla-La Mancha

Castilla-La Mancha posee una ley que configura un sistema de apoyos interesante. Se trata de la Ley 3/2018, de 24 de mayo, de protección y apoyo garantizado para personas con discapacidad en Castilla-La Mancha.

Este **sistema de apoyos** cuenta como principios informadores:

- a. **El respeto a las preferencias y voluntad** de las personas con discapacidad y su familia como parte activa en el proceso de toma de decisiones.
- b. La **autodeterminación** que reconozca a las personas con discapacidad como miembros de pleno derecho de la sociedad. En la Ley se entiende por autodeterminación «el proceso por el cual la persona es el principal agente causal de su propia vida y de las elecciones y decisiones que asume sobre su calidad de vida, libres de influencias externas o interferencias».
- c. La **Vida independiente**: en la que las personas con discapacidad ejercen el poder de decisión sobre su propia existencia y participan activamente en la vida de su comunidad, conforme al derecho al libre desarrollo de la personalidad.
- d. La **Calidad de vida**: como la combinación de componentes multidimensionales de bienestar objetivo y subjetivo que cada persona define y valora individualmente mediante la interacción de los factores personales y del entorno.
- e. La **igualdad de oportunidades** y no discriminación de las personas con discapacidad, fomentando su participación e inclusión efectiva en la sociedad.
- f. La **planificación centrada en la persona**: aquella metodología de planificación individualizada que se realiza desde el punto de vista de la persona, velando siempre por su dignidad, cuya vida es apoyada para planificar desde sus intereses, preferencias y objetivos, su punto de vista y su libertad de decisión. Permite desarrollar un tipo de apoyo cuya finalidad es potenciar la expresión de la persona con discapacidad en cuanto persona, para que tenga una vida plena, en la que no sea privada del control de su propia vida.

Todo el sistema gira alrededor del **plan personal de futuro**. Se trata de un «proyecto diseñado por la persona con discapacidad, con la colaboración de su familia o representante legal y con el asesoramiento y orientación de un agente de mediación, que recoge las preferencias y prioridades en cuanto a los mecanismos de apoyo que desea recibir cuando los apoyos familiares no puedan desempeñar esa función». El plan personal de futuro es una declaración de voluntad de la persona con discapacidad y su familia que deberá ser tenida en cuenta por los profesionales que vayan a participar en la atención a las personas con discapacidad cuando falten sus apoyos familiares. Podrá ser entregado por la persona con discapacidad, su representante legal, su familia o por el agente de mediación en el registro de planes personales de futuro de Castilla-La Mancha para su inscripción a efectos de su conocimiento por los profesionales que participen en la atención de la persona con discapacidad. El plan personal de futuro podrá hacer referencia, entre otras, a las siguientes áreas: **|a|** Residencial; **|b|** Formativa y laboral; **|c|** Ocio y tiempo libre; **|d|** Relaciones interpersonales; **|e|** Salud; **|f|** Legal; **|g|** Económica.



#### 4.6.2.5. Derechos

En la normativa de servicios sociales y en la sanitaria de las diferentes comunidades se establecen los principios que deben servir de marco y aparecen declaraciones de derechos de las personas usuarias y pacientes. Estas declaraciones, como no podía ser de otra forma, suelen comenzar con la dignidad y la importancia de proteger todos los derechos.

- a. Derecho a ser tratadas con respeto a la **dignidad** que les corresponde como personas y a que se respeten los derechos y las libertades fundamentales y los demás derechos reconocidos por la ley.
- b. Derecho a **acceder al sistema de servicios** de atención integral, **sin discriminación**.
- c. Derecho al **reconocimiento de la situación de discapacidad** y a los derechos derivados de la misma, en los términos establecidos en la legislación vigente.
- d. Derecho al **reconocimiento de la situación de dependencia y a disponer de un programa individual de atención** en los términos que establezca la legislación estatal o autonómica en materia de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.
- e. Derecho a **recibir información** suficiente y en modo comprensible sobre los servicios y las prestaciones disponibles, los criterios de adjudicación, las prioridades para recibirlos, los derechos y deberes de las personas usuarias, así como de los mecanismos de presentación de quejas y reclamaciones.
- f. **Derecho a recibir por escrito y en lenguaje comprensible la valoración de su situación.**
- g. Derecho a disponer, tras la preceptiva valoración, de un **Proyecto de vida**.
- h. Derecho a recibir las prestaciones garantizadas de la **Cartera de Servicios**.
- i. Derecho a **participar en la toma de decisiones** sobre el proceso de intervención.
- j. Derecho a la **confidencialidad** de todos los datos e informaciones que consten en su expediente administrativo y en la historia personal.
- k. **Derecho a acceder al expediente administrativo individual y a la historia personal.**
- l. Derecho a recibir **servicios de calidad**, a conocer los estándares aplicables a estos efectos y a que se tenga en cuenta su opinión en el proceso de evaluación de los mismos.
- m. Derecho a recibir **atención urgente** cuando así se precise.
- n. Derecho a la asignación de una **persona profesional de referencia** que sea la interlocutora principal y que vele por la congruencia del proceso de atención y su coordinación con el resto de sistemas dirigidos a promover el bienestar social.
- o. **Derecho a renunciar** a las prestaciones y a los servicios concedidos, en los términos previstos en la legislación vigente.

- p. Derecho a **presentar sugerencias, quejas y reclamaciones**, a obtener información y a recibir respuesta dentro del período legalmente establecido.
- q. **Derecho a ser advertido** de si los procedimientos que se le apliquen pueden ser utilizados para un proyecto docente o de investigación, siendo necesaria la autorización de la persona afectada o de la persona que ostente la representación.
- r. Derecho a disponer de las **ayudas y de los apoyos necesarios** para la comprensión de la información que se le dirija, tanto por dificultades con el idioma como por alguna discapacidad, con el fin de garantizar el ejercicio de sus derechos y facilitar la participación plena en el proceso de información y de toma de decisiones.
- En algunas Comunidades, se especifican derechos que tienen que ver con **medidas residenciales y de internamiento**.
- a. Derecho al ejercicio de la **libertad individual** para el ingreso, la permanencia y la salida del establecimiento, con las limitaciones establecidas en la legislación vigente.
- b. Derecho al libre ejercicio de sus **derechos políticos** con respeto a la libertad de las otras personas.
- c. Derecho a **participar en las decisiones** que haya de tomar el centro y que les afecten individual o colectivamente y a asociarse para favorecer su participación.
- d. Derecho a la **práctica religiosa** ejercida con respeto a la libertad de creencias de las otras personas.
- e. Derecho a **conocer el reglamento interno** del servicio, explicado de manera comprensible, y a disponer por escrito del mismo.
- f. Derecho a que se recoja en una **historia personal** información de todos los aspectos relacionados con su salud y bienestar, así como de la gestión de su caso individual, que tendrán todas las garantías que prevé la legislación de protección de datos de carácter personal y la normativa en cada caso aplicable.
- g. Derecho a **acceder a la historia personal** sin vulnerar el derecho a la intimidad de terceras personas, así como a la obtención de un informe de la misma cuando así sea solicitado.
- h. Derecho a una **atención personalizada** de acuerdo con sus necesidades específicas.
- i. Derecho a recibir atención en **igualdad de condiciones** que el resto de la ciudadanía y a tener asignado al profesional de Atención Primaria en el Centro de Salud de la Zona básica en que se encuentre el centro residencial.
- j. Derecho a **comunicar y a recibir libremente información** por cualquier medio de difusión.
- k. Derecho al **secreto en sus comunicaciones** excepto disposición contraria por resolución judicial.
- l. Derecho a la **intimidad y a la privacidad**.
- m. Derecho a **personalizar el entorno** donde viva con objetos propios, siempre respetando los derechos de las otras personas.

- n. Derecho de las personas que **mantengan una relación de afectividad** en un establecimiento residencial a compartir el mismo alojamiento.
- o. Derecho a **mantener su relación con el entorno** familiar y social que será, en todo caso, facilitada.
- p. Derecho a **no ser objeto de ningún tipo de restricción** física o intelectual, por medios mecánicos o farmacológicos, de conformidad con la legislación vigente.
- q. Derecho a **conocer el coste de los servicios** que se reciben y, en su caso, a conocer la participación que deben realizar en su condición de persona usuaria.
- r. Derecho de las **personas menores de edad a ser informadas** sobre sus derechos y deberes de forma comprensible y adecuada a su edad y capacidad.
- s. Derecho de las **personas con discapacidad a ser informadas** sobre sus derechos y deberes de forma adecuada a su nivel de comprensión.

En todo caso, prácticamente en todas estas declaraciones, se afirman una serie de derechos importantes para el tema que nos ocupa.

Así, con carácter general, se habla de los derechos:

- **A elegir de forma autónoma entre las distintas opciones que exponga el profesional sanitario responsable, a negarse a recibir un procedimiento diagnóstico, pronóstico o terapéutico, así como a poder en todo momento revocar una anterior decisión sobre su propia salud.**<sup>198</sup>
- A que las intervenciones terapéuticas y los escenarios asistenciales en los ámbitos sanitario, educativo y social, se desarrollen de la forma **menos restrictiva posible**.
- A disponer de un **plan individual de atención o de intervención.**<sup>199</sup>
- A disponer de un **profesional de referencia.**<sup>200</sup>
- Al ejercicio de la **libertad individual** para el ingreso, permanencia y salida de los centros de atención de servicios sociales, sin perjuicio de lo establecido en la legislación

198. Entre otros: art. 14,2 de la Ley 5/2010, de 24 de junio, sobre derechos y deberes en materia de salud de Castilla-La Mancha; art. 28,2 Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud de Castilla y León; art. 48,2 de la Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre, de derechos y deberes de las personas en materia de salud en la Comunidad Foral de Navarra; art. 8,2 Ley 8/2008, de 10 de julio, de salud de Galicia; art. 41,1 Ley 3/2009, de 11 de mayo, de los derechos y deberes de los usuarios del sistema sanitario de la Región de Murcia.

199. Entre otros, art. 6,d) de la Ley 4/2009, de 11 de junio, de servicios sociales de las Illes Balears; art. 7,2,d de la Ley 14/2010, de 16 de diciembre, de servicios sociales de Castilla-La Mancha; art. 9,2,a Ley 12/2007, de 11 de octubre, de Servicios Sociales de Cataluña; art. 24,2 de la Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid; art. 10 de la Ley 16/2019, de 2 de mayo, de Servicios Sociales de Canarias.

200. Art. 24 de la Ley 14/2010, de 16 de diciembre, de servicios sociales de Castilla-La Mancha; art. 9,2,e Ley 12/2007, de 11 de octubre, de Servicios Sociales Cataluña; art. 8 Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales; entre otros.

vigente para las personas menores de edad, incapacitadas e incursoas en medidas judiciales de internamiento.<sup>201</sup>

Y de manera más concreta, se establece el reconocimiento de los siguientes derechos:

— A la **Libre elección de tratamiento**,<sup>202</sup> con las siguientes excepciones:

a. Riesgo para la salud pública.<sup>203</sup>

b. Riesgo para la salud del enfermo.<sup>204</sup>

c. Estar incapacitada.<sup>205</sup>

— **A negarse a tratamiento**,<sup>206</sup> con las siguientes excepciones:

a. Riesgo para la salud pública.<sup>207</sup>

b. Riesgo para terceros.<sup>208</sup>

c. Riesgo para la salud del enfermo, su integridad física o psíquica.<sup>209</sup>

d. Existencia de voluntades anticipadas.<sup>210</sup>

201. Entre otros: art. 6,a de la Ley de Cantabria 2/2007 de 27 de marzo, de Derechos y Servicios Sociales, art. 10,2 de la Ley 3/2019, de 18 de febrero, de servicios sociales inclusivos de la Comunitat Valenciana; art. 11,a) de la Ley 9/2016, de 29 de diciembre, de Servicios Sociales de Andalucía; art. 39,d) de la Ley 1/2003, de 24 de febrero, de servicios sociales de Asturias.

202. Entre otros: art. 4,1,f) de la Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón; art. 4,1,k de la Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha; art. 28,2 Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud Castilla y León; art. 8,2 Ley 8/2008, de 10 de julio, de salud de Galicia; art. 8,c Ley 7/2009, de 22 de diciembre, de Servicios Sociales de La Rioja; art. 41,1 Ley 3/2009, de 11 de mayo, de los derechos y deberes de los usuarios del sistema sanitario de la Región de Murcia.

203. Entre otros: art. 4,1,f) de la Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón; art. 4,1,k de la Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha; art. 29 Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud de Castilla y León.

204. Entre otros: art. 4,1,f) de la Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón; art. 4,1,k de la Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha; art. 29 Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud de Castilla y León.

205. Por ejemplo, art. 4,1,k de la Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha.

206. Entre otros: art. 4,1,g) de la Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón; Art. 6,1,a Ley 2/2002, de 17 de abril, de Salud La Rioja; art. 6,g) Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales de Navarra; art. 48,2 de la Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre, de derechos y deberes de las personas en materia de salud en la Comunidad Foral de Navarra.

207. Entre otros art. 4,1,g) de la Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón; artículo 6. Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; art. 4,1,l de la Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha; art. 6,2,a Ley 2/2002, de 17 de abril, de Salud La Rioja.

208. Entre otros art. 10,6 Ley 2/2002, de 17 de abril, de Salud La Rioja.

209. Entre otros art. 4,1,g) de la Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón; artículo 6. Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; art. 6,2,b Ley 2/2002, de 17 de abril, de Salud La Rioja.

210. Por ejemplo, art. 5,9 de la Ley Foral 10/1990 de 23 de noviembre de Salud de Navarra.

- e. Estar incapacitada.<sup>211</sup>
- f. Cuando su ejecución venga impuesta por resolución judicial.<sup>212</sup>
- g. Cuando de la negativa se deriven efectos perjudiciales para personas menores de edad o personas con capacidad de obrar modificada.<sup>213</sup>

Prácticamente en todas las normas se establece que en los casos en que el paciente se niegue a recibir un procedimiento sanitario, el médico responsable de su aplicación deberá informarle acerca de **otras alternativas existentes** y, en su caso, ofertar estas cuando estén disponibles, aunque tengan carácter paliativo, debiendo tal situación quedar adecuadamente documentada en la historia clínica después de la información correspondiente. De no existir procedimientos alternativos disponibles o de rechazarse todos ellos, se propondrá al paciente la firma del alta voluntaria. Si no la firmase, la dirección del centro, a propuesta del médico responsable, podrá ordenar el alta forzosa del paciente.

Hay dos cuestiones llamativas en relación a este derecho. La primera, y menos importante, es que en las regulaciones de Cantabria y Galicia

**solo aparecen como excepción el riesgo a terceros y la salud pública.**<sup>214</sup> La segunda, algo más significativa al estar más generalizada, es que **en las normas sobre el final de la vida, el rechazo al tratamiento no posee esos límites.** Se suele hablar así del derecho a «rechazar la intervención propuesta por los profesionales sanitarios, tras un proceso de información y decisión, aunque ello pueda poner en peligro su vida».<sup>215</sup>

En ocasiones hay **referencia concreta a derechos de personas con problemas de salud mental internadas.** Pero en esos casos se limitan a:

- Que por el centro se solicite la correspondiente autorización judicial en los supuestos de ingresos involuntarios sin autorización judicial previa, y cuando, habiéndose producido voluntariamente el ingreso, desapareciera la plenitud de facultades del paciente durante el internamiento.<sup>216</sup>
- que por el centro se **reexamine, al menos trimestralmente,** la necesidad del internamiento forzoso. De dicho examen periódico se informará a la autoridad judicial correspondiente.<sup>217</sup>

211. Por ejemplo, art. 4.1.l de la Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha.

212. Por ejemplo, art 10 de la Ley 16/2019, de 2 de mayo, de Servicios Sociales de Canarias.

213. Por ejemplo, art 10 de la Ley 16/2019, de 2 de mayo, de Servicios Sociales de Canarias; art. 9.2,f Ley 12/2007, de 11 de octubre, de Servicios Sociales Cataluña.

214. Art. 24,4 de la Ley 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria; art. 8,7 Ley 8/2008, de 10 de julio, de salud de Galicia.

215. Por ejemplo art. 8,1 Ley 10/2011, de 24 de marzo de Aragón, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte. Y en sentido parecido el art. 10,6 Ley 2/2002, de 17 de abril, de Salud de La Rioja.

216. Por ejemplo, art. 6,4,a) de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía.

217. Entre otros, art. 6,4,b) de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía; art. 4,1,u,2 de la Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha; art. 14,2,b Ley 8/2008, de 10 de julio, de salud de Galicia; art. 11,b) de la Ley Foral 10/1990 de 23 de noviembre de Salud de Navarra.

- que en los internamientos voluntarios, cuando se pierda la plenitud de facultades durante el internamiento, la Dirección del Centro solicite la correspondiente autorización judicial para la continuación del internamiento.<sup>218</sup>

### 4.6.3. Internamientos

La regulación de los internamientos se ajusta a la normativa estatal (si bien Cataluña tiene su normativa propia que no varía de la estatal).<sup>219</sup> Se diferencia entre **alojamiento residencial** en el ámbito social e **internamiento por razones de salud mental**.

En el **ámbito social**, se habla de alojamiento para situaciones de urgencia social.<sup>220</sup> Un alojamiento que tiene por objeto posibilitar la atención temporal a personas que, ante la ausencia de alojamiento o la imposibilidad de permanecer en su domicilio, por diversos motivos, ya sean económicos, sociales, sanitarios o derivados de la ausencia de familiares u otras redes de apoyo, requieran el acceso a otras formas alternativas de convivencia. Se considera urgencia social a aquella situación excepcional o extraordinaria y puntual de las personas que requiere de una actuación inmediata, sin la cual podría producirse un deterioro o agravamiento de la situación de necesidad acaecida.<sup>221</sup>

En el **ámbito sanitario**, en términos generales se establece que la urgencia de salud mental será atendida por los canales propios de toda

urgencia sanitaria. De esta forma, el primer nivel de atención a esta urgencia corresponderá a los dispositivos de atención primaria.

Los internamientos y tratamientos involuntarios se realizarán con estricto cumplimiento de las garantías establecidas en la legislación aplicable. Las personas que sean objeto de un internamiento o tratamiento involuntario deben ser puntualmente **informadas**, verbalmente y por escrito, de sus derechos y de los posibles recursos o acciones que pueden interponer, así como de las razones que han motivado la decisión y de los criterios aplicados para una eventual prolongación o interrupción del internamiento o tratamiento.

### 4.6.4. Medidas de coerción

No existe una prohibición absoluta en lo referente al uso de medidas de coerción. Prácticamente, en todas las Comunidades nos encontramos con una normativa que proclama el **derecho de las personas a no ser sometidas a ningún tipo de inmovilización o restricción física o tratamiento farmacológico**, pero inmediatamente se señala como excepción la existencia de prescripción facultativa o encontrarse en una situación de peligro inminente para la seguridad física de la persona o de terceras personas. La utilización de estas medidas deberá ponerse en **conocimiento del Ministerio Fiscal** (siempre antes de que pasen 24 horas desde su inicio), informando sobre el riesgo para la integridad física a proteger, el tipo de sujeción y el

218. Entre otros: art. 4.1.u.1 de la Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha; art. 14.2.a Ley 8/2008, de 10 de julio, de salud de Galicia; art. 11.a) de la Ley Foral 10/1990 de 23 de noviembre de Salud de Navarra.

219. Ver art. 212-5 Ley 25/2010, de 29 de julio, del libro segundo del Código Civil de Cataluña, relativo a la persona y la familia.

220. Por ejemplo, art. 36.f de la Ley 14/2010, de 16 de diciembre, de servicios sociales de Castilla-La Mancha.

221. Arts. 7.3h y 21.1 de la Ley 14/2010, de 16 de diciembre, de servicios sociales de Castilla-La Mancha.

tiempo previsto de aplicación. También deberá informarse a los familiares.<sup>222</sup>

Aunque la regulación precisa de la utilización de este tipo de medidas se hace a través de protocolos, la Comunidad Foral de Navarra posee una norma dedicada a este tema. Se trata del Decreto Foral 221/2011 de 28 de septiembre, por el que se regula el uso de sujeciones físicas y farmacológicas en el ámbito de los servicios sociales residenciales de la Comunidad Foral de Navarra.

En el Decreto se define a las sujeciones físicas y a las farmacológicas (art. 3), se establecen los principios y derechos básicos que rigen su utilización (arts. 4 y 5) y el procedimiento a seguir cuando se desarrollan de manera consentida (arts. 6 y ss). Siempre y en todo caso se exige prescripción facultativa. También se exige el consentimiento de las personas a las que afecta, con las excepciones generales que veremos en el punto siguiente. El artículo 10 de la norma regula la posibilidad de utilizar medidas de sujeción física sin prescripción facultativa «para evitar daños graves, de forma inminente, a la propia persona o a terceros, en circunstancias de extraordinaria necesidad o urgencia». Los

artículos 16 y siguientes se refieren a las garantías y el control.

#### 4.6.5. Consentimiento informado

Todas las legislaciones autonómicas, como no podía ser de otra forma, reconocen el **consentimiento informado**. En muchos casos, se establece que el consentimiento debe realizarse por escrito en los casos de intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos invasivos y, en general, cuando se lleven a cabo procedimientos que puedan suponer riesgos e inconvenientes notorios y previsibles susceptibles de repercutir en la salud del paciente.

Pero el derecho al consentimiento informado tiene una serie de **límites**:

- a. Cuando exista un **riesgo para la salud pública** a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley.<sup>223</sup>
- b. Cuando exista **riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica** de la persona enferma y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, lo

222. Entre otros: Art. 10,2 de la Ley 3/2019, de 18 de febrero, de servicios sociales inclusivos de la Comunitat Valenciana; art. 11,m) de la Ley 9/2016, de 29 de diciembre, de Servicios Sociales de Andalucía; art. 6,s de la Ley de Cantabria 2/2007 de 27 de marzo, de Derechos y Servicios Sociales.

223. Por ejemplo, el art. 6,1,ñ) de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía; art. 13 de la Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón; art. 12 de la Ley 5/2003, de 4 de abril, de Salud de las Illes Balears; art. 33 de la Ley 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria; art. 19 de la Ley 5/2010, de 24 de junio, sobre derechos y deberes en materia de salud de Castilla-La Mancha; art. 7,1 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 DE CATALUÑA; art. 26 Ley 3/2005, de 8 de julio, de información sanitaria y autonomía del paciente DE EXTREMADURA; art. 11 Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes DE GALICIA; Art. 45 Ley 3/2009, de 11 de mayo, de los derechos y deberes de los usuarios del sistema sanitario de la Región de Murcia) (art. 5,6 de la Ley Foral 10/1990 de 23 de noviembre de Salud de Navarra; art. 50 de la Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre, de derechos y deberes de las personas en materia de salud en la Comunidad Foral de Navarra; art. 33 de la Ley 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria.

dispuesto en su declaración de voluntad vital anticipada y, si no existiera esta, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a ella.

- c. Cuando el paciente haya manifestado por escrito el deseo de no ser informado.<sup>224</sup>

También se suele regular el **consentimiento por sustitución**, en el que la decisión debe ser la más objetiva y proporcional posible a favor de la persona enferma y de respeto a su dignidad personal. Así mismo, esta debe intervenir tanto como sea posible en la toma de decisiones.

#### 4.6.6. Voluntades anticipadas

Como es sabido, se trata del derecho a decidir sobre las actuaciones sanitarias de que pueda ser objeto en el futuro, en el supuesto de que llegado el momento no goce de capacidad para consentir por sí misma.<sup>225</sup>

#### Concepto de declaración de voluntad vital anticipada

Es la declaración de voluntad unilateral emitida libremente por una persona mayor de edad y con capacidad de obrar plena, por menores de edad emancipados o con 16 años cumplidos, mediante la cual se indica el alcance de las

actuaciones médicas u otras que sean procedentes, previstas por esta ley, solo en los casos en que concurran circunstancias que no le permitan expresar su voluntad.<sup>226</sup>

#### Contenido

Las voluntades anticipadas podrán contener:

- |a| La manifestación de sus objetivos vitales y sus valores personales.
- |b| Instrucciones sobre tratamientos terapéuticos que se quieran recibir o evitar, incluidos los de carácter experimental.
- |c| Las instrucciones para que, en un supuesto de situación crítica e irreversible respecto de la vida, se evite el padecimiento con medidas terapéuticas adecuadas, aunque estas lleven implícitas el acortamiento del proceso vital.
- |d| La decisión sobre el destino de sus órganos después de la defunción para fines terapéuticos y de investigación.
- |e| La designación de la persona o de las personas que representen al otorgante en los términos de esta ley.
- |f| La decisión sobre la incineración, la inhumación u otro destino del cuerpo después de la defunción.<sup>227</sup>

#### Límites

No serán aplicadas las instrucciones contrarias al ordenamiento jurídico, a la *lex artis*, ni las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto en el momento

224. Puede consultarse el artículo 12 de la Ley 5/2003, de 4 de abril, de Salud de las Illes Balears

225. Art. 1 Ley 5/2003, de 9 de octubre, de declaración de voluntad vital anticipada de Andalucía.

226. Art. 1 Ley 1/2006, de 3 de marzo, de voluntades anticipadas de Baleares. También art. 2 Ley 5/2003, de 9 de octubre, de declaración de voluntad vital anticipada de Andalucía; art. 2 de la Ley 3/2005, de 23 de mayo, por la que se regula el ejercicio del derecho a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el registro correspondiente de Madrid).

227. Art. 2 Ley 1/2006, de 3 de marzo, de voluntades anticipadas de Baleares. También art. 3 Ley 5/2003, de 9 de octubre, de declaración de voluntad vital anticipada de Andalucía; art. 4 de la Ley 6/2005, de 7 de julio, sobre la Declaración de Voluntades Anticipadas en materia de la propia salud de Castilla La Mancha; art. 6 Ley 3/2005, de 23 de mayo, por la que se regula el ejercicio del derecho a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el registro correspondiente de Madrid.



de manifestarlas. En estos supuestos se dejará constancia razonada en la historia clínica mediante las anotaciones correspondientes. Así como se informará por escrito al paciente o a sus familiares si así lo solicitaran.

Tampoco serán aplicables, y en consecuencia se tendrán por no puestas, las instrucciones relativas a las intervenciones médicas que la persona otorgante haya manifestado que desee recibir cuando resulten contraindicadas para su patología, debiendo figurar anotadas y motivadas dichas contraindicaciones en la historia clínica del paciente. Así como se informará por escrito al paciente o a sus familiares si así lo solicitaran.<sup>228</sup>

### Designación de representantes

Para ser designado **representante** se requerirá que se trate de personas **mayores de edad**, con **plena capacidad de obrar**. No podrán actuar como representantes el notario autorizante del documento, el funcionario encargado del Registro de Instrucciones Previas, los testigos ante los que se formalice el documento y los profesionales que presten servicio en la institución sanitaria donde hayan de aplicarse las instrucciones previas.<sup>229</sup>

### Requisitos de la declaración

El documento de expresión anticipada de voluntades deberá recoger, al menos, los siguientes datos: a) Nombre y apellidos del interesado. b) DNI, pasaporte o permiso de residencia. c) Domicilio. d) En su caso, designación del

representante indicando su nombre, apellidos, DNI y firma. e) Nombre, apellidos y DNI de los testigos, o en su caso nombre y apellidos del notario ante el que se formaliza el documento, y firma de los mismos. f) Situaciones sanitarias concretas en que se quiere que se tengan en cuenta las instrucciones. g) Instrucciones y límites concretos en la actuación médica ante decisiones previstas, sobre todo cuando se tiene información de probabilidades evolutivas. h) Otras consideraciones, como objetivos vitales, valores personales, decisiones sobre la donación de órganos, etc. i) Lugar y fecha. j) Firma del otorgante del documento.<sup>230</sup>

### Formalización

El documento en el que se expresa la declaración de voluntades anticipadas podrá otorgarse ante:

- a. Un notario.
- b. Un funcionario del Registro de Voluntades Anticipadas, que esté habilitado para ello de acuerdo con su Reglamento.
- c. Tres testigos, que deberán ser mayores de edad y con plena capacidad de obrar. Al menos dos de ellos no estarán vinculados con el otorgante con parentesco de hasta tercer grado de consanguinidad o afinidad, por matrimonio o por relación profesional o patrimonial alguna.

El documento emitido ante notario o ante tres testigos podrá ser entregado por el interesado

228. Art. 11 de la Ley 3/2005, de 23 de mayo, por la que se regula el ejercicio del derecho a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el registro correspondiente de Madrid.

229. Art. 10 de la Ley 3/2005, de 23 de mayo, por la que se regula el ejercicio del derecho a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el registro correspondiente de Madrid.

230. Art. 18 de Ley 3/2005, de 8 de julio, de información sanitaria y autonomía del paciente de Extremadura; art. 6 de la Ley 6/2005, de 7 de julio, sobre la Declaración de Voluntades Anticipadas en materia de la propia salud de Castilla La Mancha.

o su representante en el Registro de Voluntades Anticipadas para su inscripción en el mismo. Asimismo, el otorgante podrá requerir al notario para que remita copia autorizada al Registro de Voluntades Anticipadas.<sup>231</sup>

---

### Destinatarios

Son destinatarios de las voluntades anticipadas los hospitales, las clínicas, los centros de salud, los dispensarios, los médicos o las médicas u otras personas u organismos a los cuales corresponda cumplir la voluntad anticipada que se manifiesta.<sup>232</sup>

---

### Eficacia de la declaración

Las voluntades anticipadas, formalizadas en un documento conforme a lo dispuesto en esta Ley, obligarán al médico, al equipo sanitario o a cuantas personas deban ejecutar lo dispuesto en las mismas.

Las voluntades anticipadas prevalecerán sobre la opinión y las indicaciones que puedan ser realizadas por los familiares, allegados o, en su caso, el representante designado por el autor de la declaración y por los profesionales que participen en su atención sanitaria.

Cuando se preste atención sanitaria a una persona que se encuentre en una situación que le

impida tomar decisiones por sí misma, los profesionales sanitarios responsables del proceso deberán consultar si existe en el Registro constancia del otorgamiento de la voluntad anticipada y, en caso positivo, recabarán la misma y actuarán conforme a lo previsto en ella.<sup>233</sup>

---

### Revocación de la declaración

La declaración de voluntad vital anticipada podrá ser modificada por su autor en cualquier momento y cumpliendo los requisitos exigidos para su otorgamiento.

El otorgamiento de una nueva declaración de voluntad vital anticipada revocará las anteriores, salvo que la nueva tenga por objeto la mera modificación de extremos contenidos en las mismas, circunstancia que habrá de manifestarse expresamente.

Si una persona ha otorgado una declaración de voluntad vital anticipada y posteriormente emite un consentimiento informado eficaz que contraría, exceptúa o matiza las instrucciones contenidas en aquella, para la situación presente o el tratamiento en curso, prevalecerá lo manifestado mediante el consentimiento informado para ese proceso sanitario, aunque a lo largo del mismo quede en situación de no poder expresar su voluntad.<sup>234</sup>

---

231. Art. 5 de la Ley 6/2005, de 7 de julio, sobre la Declaración de Voluntades Anticipadas en materia de la propia salud de Castilla La Mancha.

232. Art. 4 de la Ley 1/2006, de 3 de marzo, de voluntades anticipadas de Baleares.

233. Art. 8 de la Ley 6/2005, de 7 de julio, sobre la Declaración de Voluntades Anticipadas en materia de la propia salud de Castilla La Mancha. También art. 7 de la Ley 5/2003, de 9 de octubre, de declaración de voluntad vital anticipada de Andalucía; art. 5 de la Ley 7/2002, de 12 de diciembre, de las voluntades anticipadas en el ámbito de la sanidad del País Vasco; art. 21 de la Ley 3/2005, de 8 de julio, de información sanitaria y autonomía del paciente de Extremadura.

234. Art. 8 de la Ley 5/2003, de 9 de octubre, de declaración de voluntad vital anticipada de Andalucía. También art. 7 de la Ley 6/2005, de 7 de julio, sobre la Declaración de Voluntades Anticipadas en materia de la propia salud de Castilla La Mancha; art. 4 de la Ley 7/2002, de 12 de diciembre, de las voluntades anticipadas en el ámbito de la sanidad del País Vasco; Art. 7 de la Ley 3/2005, de 23 de mayo, por la que se regula

## El Registro de Voluntades Anticipadas

Se crea el **Registro de Voluntades Anticipadas**, dependiente de la Consejería competente en materia de sanidad, para la constancia y custodia de las declaraciones emitidas en el territorio o por residentes de la Comunidad Autónoma, así como para el acceso a las mismas.

La inscripción de la declaración en el Registro de Voluntades Anticipadas será eficaz de acuerdo con lo establecido en el ordenamiento jurídico. No obstante, serán asimismo eficaces las declaraciones no inscritas siempre que se hubieran formalizado de acuerdo con lo previsto en esta Ley.

El Registro guardará la debida coordinación con el Registro Nacional de Instrucciones Previas, con el fin de asegurar la eficacia en todo el territorio nacional de las instrucciones manifestadas por los pacientes y formalizadas de acuerdo con lo dispuesto por la legislación autonómica.<sup>235</sup>

## Comunicación de las voluntades anticipadas al médico o al centro sanitario

El **documento de voluntades anticipadas** que estuviera inscrito en el Registro de Voluntades Anticipadas será remitido al centro sanitario donde su otorgante sea atendido, a petición de

las personas interesadas o de los profesionales sanitarios responsables de su atención.

El documento de voluntades anticipadas aunque haya sido inscrito en el Registro de Voluntades Anticipadas también se puede entregar voluntariamente en el centro sanitario donde su otorgante sea atendido, sin perjuicio de lo dispuesto en el punto anterior.

El documento de voluntades anticipadas que no haya sido inscrito en el Registro de Voluntades Anticipadas debe entregarse en el centro sanitario donde su otorgante sea atendido.

La entrega del documento de voluntades anticipadas en el centro sanitario corresponde a la persona otorgante de la declaración. Si esta no pudiera entregarlo, lo hará el representante designado en el propio documento, sus familiares, su representante legal, en su caso, o cualquier otra persona que tuviese el documento.<sup>236</sup>

## Cumplimiento de las instrucciones

La Consejería de Salud y Consumo regulará reglamentariamente el procedimiento adecuado para que se garantice el cumplimiento de las instrucciones dadas por el otorgante. En este sentido, en el caso de que contra el

el ejercicio del derecho a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el registro correspondiente de Madrid; art. 19 de la Ley 3/2005, de 8 de julio, de información sanitaria y autonomía del paciente de Extremadura.

235. Art. 9 de la Ley 6/2005, de 7 de julio, sobre la Declaración de Voluntades Anticipadas en materia de la propia salud de Castilla La Mancha. También art. 9 de la Ley 5/2003, de 9 de octubre, de declaración de voluntad vital anticipada de Andalucía; Art. 8 de la Ley 1/2006, de 3 de marzo, de voluntades anticipadas de Baleares; art. 12 de la Ley 3/2005, de 23 de mayo, por la que se regula el ejercicio del derecho a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el registro correspondiente de Madrid; art. 6 de la Ley 7/2002, de 12 de diciembre, de las voluntades anticipadas en el ámbito de la sanidad del País Vasco.

236. Art. 10 de la Ley 6/2005, de 7 de julio, sobre la Declaración de Voluntades Anticipadas en materia de la propia salud de Castilla La Mancha. También art. 7 de la Ley 7/2002, de 12 de diciembre, de las voluntades anticipadas en el ámbito de la sanidad del País Vasco.

cumplimiento de las instrucciones se manifieste la objeción de conciencia de algún facultativo, éste debe comunicarlo al interesado o a su representante y a la consejería, que debe garantizar los profesionales sanitarios y los recursos suficientes para atender la voluntad manifestada.<sup>237</sup>

### Obligaciones de los profesionales sanitarios

Los profesionales sanitarios, especialmente el médico responsable del paciente, tienen las siguientes **obligaciones** en materia de expresión anticipada de voluntades:

1. Aceptar los documentos que recojan la expresión anticipada de voluntades.
2. Entregarlos al departamento competente del centro sanitario para su remisión al Registro de Expresión Anticipada de Voluntades.
3. Incorporarlos a la historia clínica.
4. Si el documento no consta en la historia clínica, verificar su existencia en el Registro de Expresión Anticipada de Voluntades de la Comunidad Autónoma y en el Registro Nacional de Instrucciones Previas.
5. Respetar lo dispuesto en el documento, con los límites establecidos en el artículo siguiente.
6. Razonar, por escrito, en la historia clínica, la decisión final que se adopte.
7. Informar a los pacientes del carácter y finalidad del documento de expresión anticipada de voluntades, y ayudar en la redacción e interpretación del mismo, evitando toda coacción.
8. Aconsejar a los pacientes la actualización del contenido del documento, cuando aparezcan posibilidades que estos no hubieran previsto.
9. En caso de que en el cumplimiento del documento de expresión anticipada de voluntades surgiera la objeción de conciencia de algún facultativo, la administración sanitaria establecerá los recursos suficientes para atender la expresión anticipada de voluntad del paciente.<sup>238</sup>

### Deber de guardar secreto

Todos los empleados públicos y profesionales, sanitarios o no sanitarios, que accedan a cualquiera de los datos de los documentos e instrucciones previas por razón de su función, quedan sujetos al deber de guardar secreto.<sup>239</sup>

237. Art. 6 de la Ley 1/2006, de 3 de marzo, de voluntades anticipadas de Baleares.

238. Art. 20 Ley 3/2005, de 8 de julio, de información sanitaria y autonomía del paciente de Extremadura.

239. Art. 9 de la Ley 3/2005, de 23 de mayo, por la que se regula el ejercicio del derecho a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el registro correspondiente de Madrid.



POR SOLIDARIDAD  
**OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL**

